

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**SÍNDROME DE MORTE SÚBITA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA:
PROMOÇÃO DO PAPEL PARENTAL DESENVOLVIMENTAL**

Projeto de desenvolvimento de competências clínicas
especializadas na área de Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediátrica

Autor

Inês Sofia Pereira Martins

Porto, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

SÍNDROME DE MORTE SÚBITA NO PRIMEIRO
ANO DE VIDA: PROMOÇÃO DO PAPEL PARENTAL
DESENVOLVIMENTAL

Projeto de desenvolvimento de competências
clínicas especializadas na área de Enfermagem
de Saúde Infantil e Pediátrica

Orientador(es)

Fernanda Maria Ferreira Carvalho
Professor Adjunto, Mestre

Júlia Maria Sousa Neto
Professor Adjunto, Mestre

Autor

Inês Sofia Pereira Martins

Porto, 2025

RESUMO

O presente relatório, elaborado no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Enfermagem do Porto, visa apresentar uma análise crítica e reflexiva do percurso formativo e profissional, desenvolvido no âmbito da unidade curricular “Estágio de Natureza Profissional com Relatório”, tendo como finalidade a obtenção do título de especialista e mestre nesta área. Pretende-se descrever as atividades desenvolvidas ao longo dos estágios e evidenciar a consolidação das competências comuns do enfermeiro especialista, bem como das competências específicas inerentes à prática avançada em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Os estágios, realizados nos contextos hospitalar e de cuidados de saúde primários, contribuíram significativamente para o desenvolvimento de competências profissionais e pessoais, permitindo uma prestação de cuidados de enfermagem mais qualificada e segura.

Neste âmbito, o presente documento integra o desenvolvimento de um projeto individual centrado na temática “Síndrome de Morte Súbita no Primeiro Ano de Vida: promoção do papel parental desenvolvimental”. A escolha deste tema emergiu da sua importância epidemiológica e do impacto significativo que representa no contexto dos cuidados em Saúde Infantil e Pediátrica, sendo ainda um fenómeno, frequentemente, permeado por lacunas no conhecimento dos pais. Acresce a pertinência desta problemática para a prática especializada em enfermagem, designadamente no que concerne à implementação de estratégias educativas, preventivas e promotoras de segurança no sono da criança.

Com o intuito de consolidar a experiência clínica no desenvolvimento das competências profissionais exigidas ao enfermeiro especialista, a conceção de cuidados e respetiva documentação foi operacionalizada através da plataforma E4nursing, permitindo sistematizar o raciocínio clínico e a tomada de decisão fundamentada na evidência científica.

O papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica destaca-se na promoção da literacia em saúde, na mitigação dos fatores de risco e na construção de ambientes seguros durante o sono da criança, como pilares fundamentais para a redução da incidência deste fenómeno.

Palavras-chave: Competências; Enfermagem; Saúde Infantil e Pediátrica; Síndrome de Morte Súbita; Papel Parental.

ABSTRACT

This report, written as part of a Master in Child Health and Paediatric Nursing at the Nursing School of Porto, aims to present a critical and reflective analysis of the training and professional pathway developed within the scope of the 'Professional Internship with Report' curricular unit, the main objective is obtaining the title of specialist and master in this area. The purposes are to describe the activities carried out during the internships and highlight the consolidation of the common competences of a specialist nurse, as well as specific competences inherent to an advanced practice in Child Health and Paediatric Nursing.

The internships carried out in the hospital and primary health care contexts contributed significantly to the development of professional and personal skills, enabling more quality and safety at providing nursing care.

In this context, this essay also includes the development of an individual project centred on the theme 'Sudden Infant Death Syndrome in the First Year of Life: promotion of the developmental parental role'. The selection of this topic emerged from the epidemiological importance and the significant impact it represents in the context of child health and paediatric care, due to the lack of parent's awareness and knowledge. In addition, this issue is relevant to specialised nursing practice, particularly concerning the implementation of educational, preventive and safety-promoting strategies regarding children's sleep.

In order to consolidate clinical experience with the development of the professional skills required of a specialist nurse, care concept and its documentation was operationalised using the E4nursing platform, making it possible to systematise clinical reasoning and decision-making based on scientific evidence.

The critical reflection underlines the central role of Paediatric and Child Health Nurse in promoting health literacy, mitigating risk factors and building safe environments during infant sleep, as a fundamental mainstay to reduce the incidence of this phenomenon.

Keywords: Skills, Nursing, Child and Paediatric Health, Sudden Infant Death Syndrome, Parental role

CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

CPAP - Continuous Positive Airway Pressure

DGS - Direção-Geral da Saúde

E4nursing - Enhancing Expertise and Empowering Education for Nursing

ECCL - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ELI - Equipa Local de Intervenção Precoce

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

ISBAR - Identificação; Situação; Background (antecedentes); Avaliação; Recomendações

MESIP - Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

NACJR - Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

RN - Recém-Nascido

SMS - Síndrome de Morte Súbita

SNS - Sistema Nacional de Saúde

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UMAD - Unidade Móvel de Apoio Domiciliário

UNICEF - United Nations International Children's Emergency Fund

USF - Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

RESUMO	3
ABSTRACT	5
CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS	7
1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	11
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	27
3. LACTENTE EM CONTEXTO DE CONSULTA DE VIGILÂNCIA DE SAÚDE INFANTIL NA USF	39
3.1. Enquadramento teórico	39
3.2. Clientes	43
3.3. Domínios	43
3.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	44
3.4. Conceção de Cuidados	47
3.5. Especificação das intervenções	50
3.6. Síntese relativa ao caso	52
4. RN PREMATURO EM CONTEXTO DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS	55
4.1. Enquadramento teórico	55
4.2. Clientes	59
4.3. Medicação	59
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	60
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	61
4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	62
4.5. Domínios	65
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	66
4.6. Conceção de Cuidados	70
4.7. Especificação das intervenções	75
4.8. Síntese relativa ao caso	79
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	87
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	115
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito do plano curricular do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (MESIP), da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), correspondente aos anos letivos de 2023/2024 e 2024/2025.

Apresenta-se como um documento de natureza académica e científica, que visa não apenas sistematizar, mas também refletir criticamente sobre o processo de aquisição e consolidação de competências avançadas e especializadas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, desenvolvidas em contexto de Estágio de Natureza Profissional com Relatório, sob orientação das Professoras Fernanda Carvalho e Júlia Neto, docentes da ESEP, cuja supervisão científica constituiu um contributo fundamental para a condução e concretização do relatório.

A motivação para ingressar no MESIP surgiu do crescente interesse pela área da saúde infantil e pediátrica, que se destacou ao longo da formação e experiência profissional. Embora a experiência prática nesta especialidade fosse ainda incipiente, as interações com as crianças e as famílias, durante o percurso académico, evidenciaram a complexidade dos cuidados pediátricos. Esse despertar demonstrou a necessidade de uma abordagem especializada, adaptada às necessidades individuais de cada criança e ao contexto familiar. Nesse sentido, o MESIP constituiu-se como uma oportunidade para aprofundar conhecimentos e desenvolver competências fundamentais à prática especializada em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Teve como objetivo principal integrar uma base sólida de formação teórica e prática, com vista a atuar com excelência no cuidado à criança/jovem, bem como no apoio ao exercício parental.

O percurso educativo desenvolvido insere-se no referencial normativo da formação especializada em enfermagem, conforme estabelecido pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (OE, 2021). Encontra-se delineado com o propósito de promover a aquisição e consolidação de competências especializadas, abrangendo dimensões comuns e específicas à área da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. A estrutura formativa contempla componentes teóricas e práticas integradas, que culminam na realização de estágio. Esta etapa assume particular relevância, na medida em que permite a articulação entre o conhecimento científico, a evidência disponível e a prática clínica, potenciando o desenvolvimento de uma atuação autónoma, responsável e baseada em padrões de qualidade e segurança, indispensáveis ao exercício profissional qualificado. Simultaneamente, constitui-se como um requisito fundamental para a posterior atribuição do título de enfermeiro especialista, em conformidade com os critérios regulamentares da OE.

A Unidade Curricular de Estágio de Natureza Profissional com Relatório foi desenvolvida em dois momentos distintos: o Módulo I, que decorreu entre 18 de março e 28 de junho de 2024, e o Módulo II, realizado entre 16 de setembro de 2024 e 5 de fevereiro de 2025. A prática clínica foi concretizada em quatro contextos diferenciados de prestação de cuidados à criança e ao adolescente ao longo do ciclo vital, designadamente: Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), Serviço de Oncologia Pediátrica, Serviço de Neonatologia, Serviço de Urgência Pediátrica.

O Módulo I decorre ao longo do segundo semestre do curso, abrangendo um total de 230 horas de estágio, complementadas por 25 horas de seminários, distribuídas equitativamente por quatro contextos clínicos. Durante este período, os estudantes integram um conjunto de atividades que facilitam a consolidação dos conhecimentos adquiridos na componente teórica e o desenvolvimento de competências essenciais para a prática especializada em enfermagem pediátrica.

No terceiro semestre, a continuidade da formação ocorre no Módulo II, num total de 370 horas de estágio nos mesmos contextos clínicos do módulo anterior, das quais 120 horas decorrem na UCC, enquanto as restantes 250 horas se distribuem pelos demais cuidados diferenciados.

A elaboração do presente documento assenta numa metodologia integrada que articula uma abordagem descritiva, reflexiva e crítica, com o propósito de promover a qualidade dos cuidados de saúde prestados, fundamentando-se na prática baseada na evidência, bem como nos princípios éticos e deontológicos que orientam a profissão de Enfermagem. Pretende-se, ainda, descrever as competências adquiridas ao longo dos estágios realizados e refletir sobre todo o processo de aprendizagem pessoal desenvolvido durante o percurso académico. Será igualmente abordada a temática da Síndrome de Morte Súbita (SMS), identificada como uma área de particular interesse, a qual será explorada ao longo deste documento. Esta metodologia permitiu uma articulação entre a teoria e a prática, promovendo a integração dos conhecimentos adquiridos na componente teórica do mestrado com a experiência clínica, visando, assim, o desenvolvimento e a consolidação de competências essenciais para a prática avançada da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Estruturalmente encontra-se organizado em seis grandes capítulos. No primeiro, no qual se desenvolve a atual introdução, que, além de contextualizar o trabalho, explora os conceitos e os referenciais teóricos que sustentam a conceção de cuidados. O segundo capítulo descreve os contextos clínicos em que decorreram os estágios previstos, incluindo a sua estruturação, acompanhada de uma reflexão sobre a experiência desenvolvida. Nos capítulos três e quatro, ilustra-se a conceção de cuidados de enfermagem de dois estudos de casos distintos: um no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários e outro desenvolvido no Serviço de Neonatologia. O capítulo seguinte foca-se nas competências desenvolvidas ao longo do percurso, refletindo sobre o processo de aquisição e evolução dessas competências. Por fim, no último capítulo, será apresentada uma síntese crítica do percurso, com uma avaliação pessoal do processo, das

aprendizagens adquiridas, das dificuldades superadas e das perspetivas para o crescimento contínuo na prática profissional.

Considerando a inclusão dos estudos de caso como um dos elementos centrais deste relatório, é essencial detalhar a abordagem metodológica adotada. A elaboração da conceção de cuidados de enfermagem foi realizada com base numa ferramenta digital de apoio ao ensino — a plataforma *Enhancing Expertise and Empowering Education for Nursing (E4nursing)*. Esta aplicação web, de carácter bilingue (Português e Inglês), foi concebida com o propósito de apoiar o processo de planeamento dos cuidados de enfermagem, apresentando uma arquitetura assente nas principais etapas do processo de tomada de decisão clínica (ESEP, 2024), cuja organização de conteúdos está alinhada com a Ontologia de Enfermagem validada pela OE.

Cada estudo de caso contempla sessões clínicas identificadas por data e hora, que retratam momentos específicos da evolução do quadro clínico. Posteriormente, é apresentado um enquadramento teórico de suporte, seguido da análise da medicação prescrita, com indicação da data e hora de início da terapêutica, bem como do seu término, quando aplicável. Nesta secção, são igualmente discutidos aspetos relevantes para a prática de enfermagem, como os potenciais efeitos adversos que requerem vigilância por parte do enfermeiro, assim como procedimentos específicos associados à preparação, administração ou armazenamento dos fármacos.

Na secção dos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica, incluem-se dispositivos como sondas, drenos, cateteres, como também ventilação invasiva ou não invasiva. A esta categoria de informação estão associadas intervenções de enfermagem específicas, sendo também identificados e discutidos os aspetos que exigem atenção particular por parte do profissional de enfermagem, de modo a assegurar a segurança e a eficácia dos cuidados prestados.

A autonomia no exercício profissional dos enfermeiros é um elemento central nos casos clínicos apresentados, refletindo-se particularmente nos domínios de atenção selecionados, que correspondem às áreas específicas a partir das quais se realiza a recolha de dados. Cada domínio é cuidadosamente fundamentado, com base no enquadramento teórico e o contexto clínico, garantindo que a prática de enfermagem seja direcionada por conhecimentos científicos adequados.

A partir da identificação dos domínios, dá-se início à conceção dos cuidados de enfermagem, que reflete os dados recolhidos, os diagnósticos de enfermagem, os objetivos e as intervenções de enfermagem necessárias. A identificação dos diagnósticos de enfermagem permite a prescrição de intervenções orientadas para a modificação dos fatores que estiveram na sua origem, sendo estas posteriormente organizadas de acordo com os objetivos terapêuticos específicos que se pretendem alcançar. Em cada estudo de caso, as intervenções de enfermagem são prescritas e implementadas exclusivamente pelo enfermeiro, que assume total

responsabilidade pela sua execução e avaliação. As intervenções são planeadas com o intuito de responder aos problemas identificados, sendo avaliadas continuamente para minimizar riscos e otimizar os resultados clínicos. Assim, no que respeita aos processos corporais, pretende-se contribuir de forma positiva para a evolução da condição clínica, atuando diretamente naqueles que foram os sinais e sintomas indicativos de diagnóstico. Por outro lado, no que se refere aos diagnósticos associados ao processo de adaptação parental, os cuidados de enfermagem têm como objetivo promover a aquisição de competências parentais, com o intuito de fomentar a mestria parental. Este processo está fortemente condicionado pela disponibilidade, motivação e envolvimento dos pais ou cuidadores na aprendizagem de conteúdos relevantes para a situação clínica da criança.

A evolução da condição do cliente, ao longo das sessões, é documentada de forma contínua, o que permite ajustar o plano de cuidados conforme o progresso observado e as necessidades emergentes do mesmo. Esta evolução dos dados integra a estrutura do relato de cada estudo de caso, possibilitando uma análise dinâmica e abrangente do processo de cuidados.

Por fim, a síntese crítica do caso inclui uma análise detalhada dos seguintes aspetos: as prioridades para os cuidados de enfermagem; os dados relevantes para o diagnóstico e melhoria contínua do quadro clínico; os resultados esperados em relação aos diagnósticos identificados; os contributos das intervenções para os objetivos estabelecidos; a definição do timing mais apropriado para a avaliação dos resultados finais; e a intencionalidade terapêutica da parceria de cuidados, que é fundamental para garantir uma abordagem integrada e eficaz no tratamento e acompanhamento da criança/adolescente.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) presta cuidados especializados à criança e ao adolescente, desde o nascimento até, em casos justificados, aos 21 ou 25 anos, incluindo a sua família. A sua intervenção visa promover a saúde, o crescimento e o desenvolvimento, integrando os cuidadores no processo de cuidados (OE, 2018).

A **criança** é um ser humano que se encontra naquela que é a fase inicial e mais promissora do seu desenvolvimento. O desenvolvimento infantil é um processo dinâmico e multifatorial que ocorre desde o nascimento até à idade adulta (Oliveira, 2023). A OE define o **desenvolvimento infantil** como "um processo de desenvolvimento físico normal e progressivo, de acordo com a idade aproximada e estádios de crescimento e desenvolvimento, desde o nascimento até à idade adulta" (OE, 2010, p. 101). A Direção Geral da Saúde (DGS) destaca que este processo envolve a expansão gradual das capacidades do indivíduo, à medida que avança de estádios mais simples para estádios mais avançados (DGS, 2013).

As teorias do desenvolvimento infantil oferecem múltiplas perspetivas sobre os processos que moldam o desenvolvimento da criança. Tais teorias permitem uma compreensão aprofundada da pertinência da infância e da adolescência na construção da identidade e, mais importante, no

alcance do pleno potencial de cada criança. Esse alcance depende, em grande medida, de um cuidado adequado e responsivo às suas necessidades de desenvolvimento, respeitando o seu ritmo único e individual (Balsas, 2023).

Diversos autores afirmam que o desenvolvimento infantil não é determinado apenas pelas características intrínsecas da criança, mas também por uma complexa interação com o meio que a rodeia. Fatores como a hereditariedade, o ambiente familiar, social e cultural, assim como o nível socioeconómico, têm uma influência decisiva sobre o desenvolvimento infantil. Além disso, condições biológicas e psicológicas podem ter um impacto significativo no processo de desenvolvimento (Antony, 2022; Papalia & Feldman, 2013). A forma, o ritmo e o tempo do desenvolvimento variam substancialmente entre as crianças (Souza & Veríssimo, 2015). Como salienta a OE (2010), é imprescindível respeitar a individualidade e o ritmo de cada criança, reconhecendo a sua singularidade e o contexto em que se encontra.

A evidência científica atual realça que os primeiros anos de vida são determinantes para a formação da arquitetura cerebral, sendo esta fase crucial para o desenvolvimento humano global (Martorell et al., 2020). Para o EEESIP, é fundamental compreender as características intrínsecas dos padrões de desenvolvimento infantil, uma vez que essa compreensão permite a prestação de cuidados adaptados, bem como a realização de uma avaliação precisa e eficaz das necessidades de promoção e vigilância da saúde infantil.

O estudo das teorias sobre o desenvolvimento infantil revela um leque abrangente de abordagens que explicam os diferentes processos envolvidos no desenvolvimento e na formação da criança. Cada uma dessas teorias oferece uma perspetiva única e complementar, permitindo uma visão integral do desenvolvimento infantil, com ênfase nas diferentes dimensões – emocional, cognitiva, social e comportamental – que formam a base do crescimento saudável e equilibrado da criança.

A teoria psicossocial de Erik Erikson (1950) descreve o desenvolvimento da personalidade como um processo contínuo, que se desenrola ao longo de todo o ciclo de vida. Este percurso é estruturado em oito estádios sucessivos, cada um marcado por uma crise psicossocial específica que deverá ser ultrapassada. A forma como cada conflito é enfrentado e resolvido repercute-se diretamente na consolidação da identidade pessoal e na capacidade de adaptação emocional e social. No que diz respeito ao desenvolvimento durante a infância e adolescência, esta teoria identifica cinco estádios particularmente relevantes, cuja progressão influencia a construção de uma identidade sólida e o equilíbrio afetivo (Alves, 2020; Martorell et al., 2020).

O primeiro estadio, que decorre desde o nascimento até aproximadamente aos 18 meses, traduz-se no confronto entre a confiança e a desconfiança. Neste período inicial, a relação estabelecida com os pais assume um papel determinante no modo como o Recém-Nascido (RN) começa a perceber o mundo. Um ambiente seguro e previsível, aliado a uma resposta afetuosa e coerente por parte dos adultos, favorece o desenvolvimento da confiança. Por oposição, a

ausência de consistência ou a negligência podem instaurar sentimentos de desconfiança em relação ao outro e ao meio envolvente.

Entre os 18 meses e os 3 anos, a criança vive a tensão entre a autonomia e a vergonha/dúvida. Com o progresso das suas capacidades motoras e da linguagem, a criança começa a explorar de forma mais autónoma o seu ambiente e a afirmar a sua vontade. Quando esta exploração é encorajada num ambiente seguro, a criança desenvolve um sentimento de autonomia. No entanto, se for excessivamente controlada ou criticada pelos seus erros, poderá interiorizar sentimentos de vergonha e incerteza quanto às suas capacidades.

Dos 3 aos 6 anos, a etapa centra-se no conflito entre iniciativa e culpa. A criança, mais segura das suas capacidades, começa a tomar iniciativa própria, a planear atividades e a expressar ideias com maior autonomia. Se estas ações forem aceites e apoiadas, desenvolve um sentido de iniciativa. No entanto, se for constantemente desencorajada ou repreendida, pode desenvolver sentimentos de culpa relativamente aos seus impulsos e desejos.

Dos 6 aos 12 anos, surge o estadio da indústria/mestria vs inferioridade. Durante esta fase, a criança é desafiada a adquirir novas competências, nomeadamente através do desempenho escolar e da participação em atividades sociais. O reconhecimento do seu esforço e dos seus progressos promove o sentimento de competência. Em contrapartida, as dificuldades persistentes ou a comparação negativa com os pares podem conduzir ao desenvolvimento de um sentimento de inferioridade.

Por fim, entre os 12 e os 18 anos, o jovem atravessa o estadio da identidade vs confusão de identidade. Este período, caracterizado por intensas transformações físicas, cognitivas e emocionais, exige uma reflexão sobre quem se é, quais os valores que se assumem e qual o lugar que se pretende ocupar na sociedade. A resolução positiva desta etapa permite a construção de uma identidade coerente e estável, fundamental para o estabelecimento de relações interpessoais saudáveis e para uma participação social ativa e consciente (Alves, 2020; Hockenberry & Wilson, 2019; Martorell et al., 2020).

Sigmund Freud (1926), no âmbito da sua teoria do desenvolvimento psicodinâmico, estruturou a personalidade humana em três componentes fundamentais: o Id, o Ego e o Superego, sendo que não emergem de forma simultânea, mas desenvolvem-se ao longo da infância, influenciando significativamente o comportamento, a adaptação ao meio e o amadurecimento psicológico da criança (Silva, 2022).

O Id representa a componente mais elementar da mente, estando presente desde o nascimento. Opera segundo o princípio do prazer, procurando a satisfação imediata das necessidades fisiológicas e instintivas, como a alimentação, o sono ou o alívio do desconforto. Nesta fase, o comportamento é essencialmente impulsivo, não existindo ainda qualquer mediação racional ou sentido crítico das ações realizadas. À medida que a criança cresce e interage com o meio

envolvente, desenvolve-se o Ego, geralmente após o primeiro ano de vida. Esta instância atua como um regulador entre os impulsos do Id e as exigências do mundo exterior. Rege-se pelo princípio da realidade, permitindo à criança ajustar os seus comportamentos às circunstâncias, gerir frustrações e estabelecer uma relação mais adaptativa com o ambiente. É nesta fase que se inicia o desenvolvimento da consciência individual e da capacidade de autorregulação (Martorell et al., 2020; Silva, 2022).

Mais tarde, por volta dos 5 ou 6 anos de idade, surge o Superego, que corresponde à interiorização das normas sociais, valores morais e expectativas culturais transmitidas pelas figuras parentais e outros agentes de socialização. Esta instância moral introduz um julgamento interno das ações, promovendo a consciência do certo e do errado e originando sentimentos como a culpa ou o orgulho, dependendo da conformidade com os padrões internalizados (Silva, 2022).

Em paralelo com esta estrutura tripartida da personalidade, Freud descreveu o desenvolvimento infantil através de cinco fases psicosexuais: oral, anal, fálica, de latência e genital. Cada uma destas etapas está associada a uma zona erógena predominante e a formas distintas de procurar prazer. A fase oral, predominante nos primeiros meses de vida, está centrada na boca e no ato de sucção. Na fase anal, a gratificação desloca-se para a região anal, associada ao controlo esfinteriano. A fase fálica está relacionada com a descoberta dos órgãos genitais, enquanto a fase de latência marca um período de aparente estabilidade pulsional, focado na aquisição de competências sociais e cognitivas. Finalmente, a fase genital, iniciada na adolescência, reflete a maturação sexual e afetiva, culminando no desenvolvimento de uma identidade sexual estável (Martorell et al., 2020).

Desta forma, concebia-se o desenvolvimento infantil como um processo contínuo e estruturado, no qual a resolução satisfatória de cada fase constitui um pré-requisito essencial para a construção de uma personalidade equilibrada na vida adulta.

Por sua vez, Jean Piaget propôs uma teoria do desenvolvimento cognitivo centrada na forma como a criança constrói o conhecimento através da interação com o meio envolvente, contrariando as abordagens que atribuem ao comportamento humano uma génese predominantemente biológica e geneticamente determinada. Para Piaget, o desenvolvimento cognitivo ocorre como um processo ativo, no qual a criança organiza, adapta e equilibra a sua experiência com o ambiente. Assim, constituem-se como fundamentos da sua teoria três dimensões: organização, adaptação e equilíbrio (Alves, 2021; Martorell et al., 2020).

A organização refere-se à capacidade da criança para estruturar mentalmente os estímulos do ambiente, agrupando-os em esquemas coerentes que vão sendo progressivamente refinados. A adaptação, por sua vez, envolve dois processos complementares: a assimilação, que consiste na integração de novas informações nos esquemas já existentes; e a acomodação, que implica a modificação desses esquemas para incorporar novas experiências. A equilíbrio representa o

mecanismo autorregulador que permite à criança alcançar um equilíbrio entre a assimilação e a acomodação, promovendo uma reorganização cognitiva que possibilita a progressão para estádios mais avançados do desenvolvimento (Alves, 2021; Martorell et al., 2020).

Piaget identificou quatro estádios sequenciais do desenvolvimento cognitivo, que se sucedem de forma cumulativa ao longo da infância e adolescência. O primeiro, designado por estádio sensório-motor (do nascimento aos 2 anos), caracteriza-se pela exploração ativa do ambiente através dos sentidos e da motricidade. Durante este período, o RN começa a reconhecer a relação entre as suas ações e os efeitos que estas produzem, adquirindo gradualmente noção de causalidade. Segue-se o estádio pré-operatório (dos 2 aos 7 anos), em que emergem capacidades simbólicas fundamentais, como a linguagem, o pensamento intuitivo e o jogo simbólico. A criança desenvolve a capacidade de representar mentalmente objetos e acontecimentos, ainda que de forma egocêntrica e sem domínio de operações lógicas estruturadas. Entre os 7 e os 11 anos, a criança entra no estádio das operações concretas, durante o qual desenvolve competências de pensamento lógico, mas ainda dependentes de situações concretas e observáveis. A criança torna-se capaz de compreender conceitos como conservação, reversibilidade e classificação. Por fim, a partir dos 11/12 anos, inicia-se o estádio das operações formais, correspondente à adolescência. Nesta fase, o indivíduo adquire a capacidade de pensar de forma abstrata, formular hipóteses, testar possibilidades e raciocinar logicamente sobre situações hipotéticas. Este tipo de pensamento permite-lhe questionar normas, elaborar teorias próprias e construir uma visão crítica e autónoma do mundo (Alves, 2021; Hockenberry & Wilson, 2019; Martorell et al., 2020).

A teoria de Lev Vygotsky, procurou responder às críticas que foram feitas à teoria apresentada por Piaget, ao integrar na sua própria abordagem os aspetos sociais e culturais que influenciam o desenvolvimento infantil. Vygotsky defendia que o desenvolvimento da criança não se dá de forma isolada, mas sim por meio das interações sociais, que desempenham um papel fundamental no seu crescimento, complementando as explicações propostas por Piaget (Matos & Matos, 2020). Nesta teoria, sublinha-se a importância da interação com um educador para o processo de aprendizagem. Para que a criança consiga adquirir novas competências, é essencial que um adulto intervenha, fornecendo as ferramentas necessárias para que ela consiga realizar uma tarefa com sucesso. À medida que a criança vai evoluindo, essas ferramentas vão sendo gradualmente retiradas, permitindo-lhe adquirir a capacidade de executar a tarefa de forma autónoma (Martorell et al., 2020). Este processo de aprendizagem é influenciado pelo ambiente social e cultural em que a criança se encontra, sendo estes fatores determinantes para o seu desenvolvimento.

Deste modo, o processo de aprendizagem da criança resulta da combinação do que ela já sabe com aquilo que lhe é ensinado, por meio da orientação do educador. O objetivo final deste processo é alcançar a autonomia na realização de determinadas tarefas.

Por outro lado, a teoria do apego de John Bowlby (1989) destaca que o desenvolvimento emocional da criança está intimamente ligado à formação de modelos internos de apego, que se constroem a partir das primeiras interações com os pais/pessoa significativa e têm um impacto duradouro nas relações interpessoais ao longo da vida (Silva, 2014). Este vínculo inicial exerce uma influência determinante na maturação emocional, social e neurobiológica, moldando a capacidade da criança para gerir o stress, estabelecer relações interpessoais seguras e construir modelos internos de representação de si própria e dos outros.

Bowlby conceitualizou a vinculação como um sistema comportamental inato, orientado para a procura de proximidade com uma figura protetora, especialmente em situações de ameaça ou desconforto (Silva, 2014). Este sistema, com clara função adaptativa, visa maximizar a sobrevivência do RN e mantém-se funcional ao longo do ciclo vital, manifestando-se de forma diferenciada nas diversas etapas do desenvolvimento.

Mary Ainsworth, através do seu estudo experimental conhecido como “Situação Estranha”, identificou diferentes padrões de vinculação – segura, insegura-evitante, insegura-ambivalente e, mais tarde, insegura-desorganizada – os quais refletem a qualidade da relação estabelecida entre a criança e o cuidador. Estes estilos de vinculação influenciam diretamente aspetos como a regulação emocional, a sociabilidade e a capacidade de adaptação a contextos adversos (Silva, 2014).

O sistema de vinculação não se apresenta totalmente desenvolvido ao nascimento, mas evolui progressivamente ao longo dos primeiros anos de vida. Bowlby e Ainsworth descreveram este processo em quatro fases sucessivas. Numa primeira fase, que decorre desde o nascimento até cerca dos 2 meses (fase de pré-vinculação), o RN manifesta comportamentos como o choro, o sorriso ou o balbuciar, que promovem a proximidade com qualquer adulto que lhe preste cuidados, sem discriminação de figuras específicas. Entre os 2 e os 6 meses (fase de vinculação em progressão), a criança começa a reconhecer e a preferir certos cuidadores, reagindo de forma mais intensa à sua presença, embora ainda não manifeste protesto face à separação. A partir dos 6 meses e até cerca de 1 ano, inicia-se a fase de vinculação evidente, durante a qual a criança demonstra uma ligação clara a figuras específicas, utiliza o cuidador como “base segura” para explorar o ambiente e manifesta sinais de ansiedade perante a separação. Por fim, a partir dos 2 anos, fase de formação de cumplicidade *goal-corrected*, com o amadurecimento cognitivo, a criança passa a compreender que o cuidador tem objetivos e intenções próprias, desenvolvendo-se uma relação mais recíproca e colaborativa, ajustando os seus comportamentos em função do contexto (Silva, 2014).

Estas fases evidenciam que a vinculação é um processo dinâmico, influenciado por múltiplos fatores, nomeadamente a sensibilidade e responsividade do cuidador, o temperamento da criança e o ambiente relacional.

Face ao exposto, entende-se que ao longo do ciclo vital, a criança atravessa diferentes fases de

desenvolvimento cada uma com desafios específicos que requerem apoio adequado. Complementarmente, os pais enfrentam igualmente transições significativas, nomeadamente no exercício da parentalidade, que exigem reconfigurações nos papéis familiares, nas rotinas e nas competências parentais (OE, 2024).

A prática de Enfermagem centra-se na resposta às experiências humanas face a mudanças significativas, particularmente nos momentos críticos do processo saúde-doença e/ou em fases marcantes do ciclo vital (Meleis et al., 2000). Estas **transições**, frequentemente associadas a vulnerabilidade, instabilidade e incerteza, exigem uma atuação especializada por parte do enfermeiro, com o intuito de facilitar o ajuste e promover a saúde e o bem-estar da pessoa e da família. O papel do Enfermeiro destaca-se pela identificação precoce das mudanças, na avaliação do seu impacto no estado de saúde, no diagnóstico das necessidades emergentes e na implementação de intervenções que favoreçam a adaptação e o desenvolvimento de competências, autonomia e mestria na nova realidade.

Segundo Meleis et al. (2000), a transição é entendida como um processo multifacetado que envolve a passagem de um estado para outro, marcado por uma reestruturação nas identidades, papéis, relações, comportamentos e padrões de resposta. Estas mudanças exigem aquisição de novos conhecimentos, reformulação de expectativas e capacidade de adaptação, sendo frequentemente acompanhadas por sentimentos de ambiguidade e *stress*. No caso das crianças, a capacidade de perceber e vivenciar uma transição depende do seu estadió de desenvolvimento cognitivo. Enquanto nas fases iniciais (como o período de RN, *toddler* ou pré-escolar) a transição é vivida principalmente pelos pais, à medida que a criança cresce e desenvolve o pensamento abstrato, torna-se progressivamente mais consciente das mudanças e capaz de lhes atribuir significado (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

As transições podem ser classificadas segundo a sua natureza: desenvolvimentais, associadas ao crescimento e maturação; situacionais, desencadeadas por eventos inesperados; de saúde-doença, relacionadas com alterações no estado de saúde; e organizacionais, referentes a mudanças institucionais que afetam a prestação de cuidados. Estas podem ocorrer de forma simples, múltipla, sequencial ou simultânea, e influenciar-se mutuamente, exigindo uma avaliação contínua e sistemática por parte do enfermeiro (Meleis et al., 2000).

A atuação do EEESIP requer a capacidade de reconhecer as propriedades das transições, como a consciencialização (perceção da mudança), o envolvimento ativo no processo, a natureza das mudanças vividas, a noção de tempo e a identificação de eventos críticos que possam intensificar a vulnerabilidade. Estes elementos ajudam a determinar a forma como a transição é experienciada, orientando a planificação dos cuidados. Além disso, é crucial identificar as condições facilitadoras ou dificultadoras da transição. Entre as condições internas encontram-se as perceções, os significados atribuídos à mudança, as atitudes, as crenças, os conhecimentos e a preparação prévia. Já as condições externas incluem o apoio social, contexto cultural e

recursos da comunidade (Meleis et al., 2000). Estas variáveis determinam a necessidade de intervenções individualizadas e sensíveis à realidade de cada criança e família.

O processo de transição pode ser avaliado tendo em conta indicadores de processo e indicadores de resultado. Os indicadores de processo incluem aspetos caracterizados por o indivíduo se sentir ligado, interagir, estar situado, desenvolver confiança e coping. Em contraste, os indicadores de resultado são definidos pela integração fluida das identidades, o que reflete o processo de adaptação a um novo papel, e pela mestria, que se traduz na aquisição do nível máximo de consciencialização, conhecimento, capacidade e autoeficácia para cada situação, com o objetivo de alcançar uma transição saudável. Neste decurso, as terapêuticas de enfermagem incitam ao delineamento de estratégias de cuidados e à seleção das intervenções mais apropriadas, para que a pessoa seja capaz de alcançar uma transição saudável (Meleis et al., 2000).

O acompanhamento contínuo da criança e dos respetivos pais constitui, por isso, uma dimensão central dos cuidados de Enfermagem, contribuindo para a construção de experiências de saúde positivas, para a promoção da autonomia e para o fortalecimento da capacidade parental em lidar com os desafios associados ao desenvolvimento infantil.

A prática de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, alicerçada numa abordagem holística e humanizada, exige a adoção de modelos assistenciais que promovam o envolvimento efetivo da família, nomeadamente dos pais, naquele que é o processo terapêutico da criança (Silva et al., 2024). Esta participação é operacionalizada através do paradigma da Parceria de Cuidados, que reconhece a família como elemento central e incontornável no continuum de cuidados em contexto pediátrico (Lusquiños et al., 2019).

O **modelo dos Cuidados Centrados na Família** tem como base orientadora uma filosofia que privilegia a construção de uma relação terapêutica sólida entre os profissionais de saúde e o núcleo familiar da criança. Este enquadramento conceptual apoia-se em princípios fundamentais, nomeadamente: o reconhecimento da família como elemento essencial no quotidiano da criança; a promoção de uma relação de parceria assente na confiança mútua e na comunicação recíproca entre os pais e os profissionais de saúde; o respeito pela diversidade sociocultural e pela condição socioeconómica de cada família; a valorização do conhecimento adquirido pela vivência familiar; a partilha contínua de informação pertinente; o apoio emocional consistente; a adaptação dos cuidados ao estadio de desenvolvimento da criança e ao contexto familiar; a implementação de políticas institucionais que favoreçam este modelo; e a prestação de cuidados ajustados, culturalmente adequados e centrados nas reais necessidades da criança e da sua família (Loureiro et al., 2021).

Neste enquadramento, a prática do cuidar em parceria com os pais configura-se como um processo complexo que pressupõe o seu reconhecimento formal enquanto parceiros no cuidado (Casey, 1993 como citado em Sousa, 2012). O verdadeiro reconhecimento da filosofia dos

Cuidados Centrados na Família, com a efetiva inclusão dos pais, ganha expressão com o surgimento em 1988 do **Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey**, que defende que a tríade criança-pais-enfermeiros deve participar de forma ativa em todo o processo de enfermagem. Este modelo reconhece os pais como os principais prestadores de cuidados e detentores de conhecimento singular sobre o seu filho, cabendo ao enfermeiro o papel de facilitador na capacitação parental, na tomada de decisão informada e na co-gestão do plano terapêutico (OE, 2015).

De acordo com Sousa et al., (2023), a hospitalização infantil representa uma experiência particularmente desafiante e potencialmente stressante para os pais. A forma como estes vivenciam o internamento do seu filho depende de múltiplas variáveis, incluindo as suas características pessoais, o perfil da criança, a gravidade da situação clínica, bem como o modo como os profissionais de enfermagem se envolvem no processo de cuidado.

Transformar os pais em parceiros efetivos dos cuidados significa reconhecer que cuidar da criança implica, inevitavelmente, cuidar da sua família. Este compromisso profissional exige a promoção da autonomia parental, a estimulação da participação ativa nos cuidados e na tomada de decisão, bem como o reforço do seu papel enquanto cuidadores principais (Silva et al., 2024). Neste processo, a negociação constitui-se como uma ferramenta essencial, ao permitir alinhar expectativas, escutar de forma ativa e compreender as reais necessidades parentais, contribuindo assim para a redução da ansiedade e da conflitualidade entre os intervenientes. É igualmente fundamental que o EEESIP adapte este processo às características estruturais da família, ao seu nível de literacia em saúde e à forma como se posiciona perante os cuidados de saúde (Barratt et al., 2024).

A qualidade da relação entre enfermeiros e pais é determinante para o sucesso da parceria de cuidados. A competência dos profissionais em integrar os pais como parceiros ativos nos cuidados é essencial para assegurar elevados padrões de qualidade assistencial. Todavia, o grau e o tipo de envolvimento parental devem ser sempre ajustados aos objetivos terapêuticos definidos no plano assistencial individualizado e à vontade e disponibilidade dos pais (Sousa et al., 2023).

A evidência demonstra que a negociação deve ser iniciada logo no momento de admissão da criança, criando desde o início uma relação horizontal, assente na partilha de poder, e permitindo a construção conjunta de um plano de cuidados ajustado às necessidades da criança e da sua família (Mendes et al., 2014, como citado em Silva et al., 2024). Nesta perspetiva, a parceria de cuidados deve orientar-se por intencionalidades terapêuticas bem definidas, promovendo resultados clínicos positivos e reforçando o papel ativo dos pais.

Sousa et al. (2023) identifica um conjunto de sete direções estratégicas de natureza terapêutica que orientam a prática de enfermagem pediátrica, tendo como finalidade reforçar o envolvimento dos pais no processo de cuidados à criança. Estas abordagens visam: (1)

favorecer a participação ativa dos pais nos cuidados de desenvolvimento durante a hospitalização, assegurando a continuidade do exercício do seu papel parental; (2) apoiar a assunção de um papel parental diferenciado, capacitando os cuidadores para lidar eficazmente com as exigências decorrentes de condições clínicas complexas; (3) estimular o desempenho parental complexo em contextos de internamento, quando já existe uma competência parental consolidada; (4) fortalecer competências parentais específicas, sobretudo quando são identificadas fragilidades no conhecimento ou na capacidade de resposta às necessidades complexas e permanentes da criança; (5) mitigar a sobrecarga parental associada ao cuidado continuado de crianças com necessidades complexas, promovendo uma redistribuição equilibrada das responsabilidades durante a hospitalização; (6) fomentar a capacidade parental na gestão de cuidados exigentes ao longo do internamento; e (7) preparar os pais para apoiar o desenvolvimento da autonomia da criança, tendo em conta o seu nível de maturidade e necessidades individuais.

A par da implementação da parceria de cuidados, surgem fatores determinantes que podem condicionar o sucesso desta parceria, os quais o EEESIP deve considerar ao longo de todo o processo de cuidados. Um desses fatores é a perceção do nível de conhecimento dos pais, o que implica avaliar e reconhecer as suas competências cognitivas e sociais (Phiri et al., 2020). É importante que o enfermeiro tenha em consideração estes fatores no momento de capacitar os pais para a aquisição de novas competências, sobretudo quando os cuidados requerem conhecimentos técnicos e específicos, em função da condição de saúde da criança.

Neste contexto, a **literacia em saúde** assume um papel crucial no processo de capacitação dos pais, pois é através dela que se possibilita a aquisição, compreensão e aplicação de informações relevantes para o cuidado da criança (DGS, 2023). O conceito de literacia em saúde, introduzido em 1998 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), com base nos contributos de Don Nutbeam (1993), é definido como um processo contínuo e dinâmico no qual as competências cognitivas e sociais influenciam a motivação e a capacidade dos indivíduos para aceder, compreender e aplicar informações, capacitando-os a tomar decisões informadas e adotar comportamentos que promovem a saúde. Este conceito abrange três níveis distintos de literacia: funcional, interativa e crítica (OE, 2023).

A literacia funcional refere-se às competências básicas de leitura, escrita e cálculo, essenciais para compreender e executar instruções relacionadas com a saúde, permitindo aos indivíduos desempenharem eficazmente tarefas quotidianas. A literacia interativa envolve competências mais avançadas que permitem aos indivíduos participar ativamente em atividades diárias, aplicar novos conhecimentos em contextos dinâmicos e adaptar-se às mudanças. Por fim, a literacia crítica, o nível mais elevado, caracteriza-se pela capacidade de analisar e interpretar criticamente as informações de saúde, proporcionando aos indivíduos uma maior capacidade de exercer controlo sobre os fatores determinantes da sua saúde e qualidade de vida (OE, 2023).

No contexto pediátrico, uma literacia insuficiente por parte dos pais, pode representar um obstáculo significativo para a prestação de cuidados adequados à criança, enquanto uma maior literacia parental está diretamente relacionada com melhores atitudes, maior autoeficácia e comportamentos de saúde mais apropriados (Sousa et al., 2023). Assim, torna-se essencial fomentar estratégias que facilitem uma transição parental ativa, promovendo a autonomia e o *empowerment* dos pais através do acesso a informação clara, precisa e baseada em evidência científica.

Neste contexto, o enfermeiro desempenha um papel fundamental como mediador e facilitador da informação. Através de estratégias terapêuticas, como a informoterapia, o enfermeiro pode prescrever informações oportunas, adaptadas à pessoa certa, no momento adequado e por meio do método mais eficaz (Mettler & Kemper, 2006). Este processo deve ser cuidadosamente estruturado e faseado, respeitando a disponibilidade emocional, a capacidade de assimilação da informação e o nível de envolvimento dos pais no cuidado da criança. A avaliação contínua permite ajustar tanto o conteúdo quanto o ritmo da informação, atendendo às características e necessidades específicas de cada família, incentivando a participação ativa nos cuidados e reforçando a adesão ao plano terapêutico (Sousa et al., 2023).

A eficácia da informoterapia depende ainda de fatores determinantes, como a acessibilidade aos suportes tecnológicos, as preferências individuais de aprendizagem dos pais, as dúvidas sobre a gestão do regime terapêutico e a sua disposição para aceitar novas informações (Padilha et al., 2012 como citado em Sousa et al., 2023). Dessa forma, a aplicação da informoterapia deve ser personalizada, garantindo que a informação fornecida não seja apenas relevante, mas também compreensível e útil no contexto da realidade familiar e das necessidades da criança.

Para garantir a eficiência das estratégias terapêuticas, a **comunicação eficaz** é o elo essencial. A comunicação clara, acessível e contextualizada permite que os pais compreendam a informação que lhes é transmitida (DGS, 2023) favorecendo a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento das competências necessárias para o cuidado da criança. Nesse sentido, o enfermeiro deve adaptar as suas estratégias de comunicação ao longo da relação terapêutica, garantindo que a informação seja não apenas transmitida, mas também compreendida e aplicada de forma prática no quotidiano da família.

Ao assegurar que a comunicação é baseada em princípios como credibilidade, clareza, e empatia, o enfermeiro não só apoia a literacia em saúde dos pais, mas também fortalece o seu compromisso com o plano terapêutico, promovendo a adesão e, consequentemente, a melhoria dos cuidados prestados à criança (DGS, 2023). Dessa forma, a comunicação eficaz não só facilita o processo de ensino-aprendizagem, como também contribui para a construção de uma parceria terapêutica sólida e colaborativa.

Reflexão centrada no tema do projeto de desenvolvimento profissional

De acordo com a OE (2021), o presente relatório procura descrever o processo de aprendizagem e o desenvolvimento de competências no âmbito do Estágio de Natureza Profissional com Relatório, conforme as diretrizes do MESIP, ao mesmo tempo que destaca o aprofundamento do conhecimento sobre uma temática de relevo: "**A Síndrome de Morte Súbita no primeiro ano de vida**". Embora o tema seja explorado em detalhe ao longo deste documento, é importante destacar que a SMS exige uma compreensão aprofundada dos fatores de risco, das estratégias de prevenção e dos cuidados especializados necessários para garantir a segurança e o bem-estar das crianças (Kisner et al., 2024).

A SMS caracteriza-se pela morte súbita e inesperada de uma criança até ao primeiro ano de vida, geralmente durante o sono, em crianças aparentemente saudáveis (Krous et al., 2004). A causa permanece inexplicada mesmo após investigação clínica, social e autópsica exaustiva (Krous et al., 2004, como citado em Kisner et al., 2024). Estima-se que 90% dos casos ocorram nos primeiros seis meses de vida, com pico de incidência entre os dois e os quatro meses de idade (Perrone et al., 2021).

A etiologia da SMS é geralmente interpretada através do modelo do risco triplo, proposto por Filiano e Kinney (1994), que defende que o evento resulta da interação entre três fatores: vulnerabilidade fisiológica pré-existente (como prematuridade, baixo peso ao nascer ou exposição intrauterina ao tabaco); período crítico de desenvolvimento neurológico e autonómico; e a presença de stressores ambientais externos, como o posicionamento inadequado durante o sono, o uso de colchões moles, excesso de roupa, brinquedos ou almofadas no berço; a partilha da cama ou até ambientes com temperaturas elevadas ou ventilação insuficiente (Fraga et al., 2024; Oliveira et al., 2020; Priyadarshi et al., 2022).

Por outro lado, existem fatores protetores que têm demonstrado reduzir significativamente o risco de ocorrência da SMS. Destacam-se: a amamentação, a vacinação adequada, o uso de chupeta durante o sono, e o facto da criança dormir em berço próprio, no mesmo quarto dos pais, com uma temperatura ambiente controlada entre os 18 e os 21°C. É igualmente fundamental garantir que o berço está livre de objetos soltos e que a criança é colocada sempre em posição dorsal para dormir (Fraga et al., 2024).

A escolha da presente temática emergiu da prática profissional no acompanhamento de RN, durante o internamento hospitalar com maior incidência na preparação do regresso a casa. Ao longo da prática assistencial, tornou-se evidente que muitos pais não detinham conhecimentos suficientemente consolidados sobre práticas de sono seguro, manifestando dúvidas recorrentes relativamente ao posicionamento adequado e às estratégias de prevenção da SMS. Em múltiplas situações foi observada a adoção de posicionamentos incorretos dos RN durante o sono, tanto em contexto hospitalar como nas intenções manifestadas para o domicílio, frequentemente motivadas por crenças culturais, tradições familiares ou orientações

desprovidas de base científica.

Esta realidade encontra suporte em estudos como o de Fernandes et al. (2020), realizado num hospital português, que revelou que, embora 100% dos profissionais de saúde inquiridos tivessem conhecimento sobre a SMSL, apenas 67,7% dos pais demonstravam familiaridade com o tema, sendo que apenas 47,5% identificaram corretamente o decúbito dorsal como a posição mais segura para dormir.

Estes dados revelam uma discrepância significativa entre o conhecimento técnico dos profissionais de saúde e o nível de literacia em saúde dos pais, traduzindo uma lacuna preocupante no exercício do papel parental (Silva et al., 2023). Tal défice pode comprometer, de forma crítica, a segurança do RN após a alta hospitalar, sobretudo no que diz respeito à prevenção de eventos como a SMS. Esta evidência reforça a necessidade de estratégias de capacitação parental eficazes, promovidas pelo EEESIP, que deve assumir um papel ativo na promoção da literacia em saúde, com base em práticas educativas centradas na família e sustentadas pela evidência científica mais atual.

Ainda de acordo com a literatura, existem estudos que têm evidenciado que os pais, muitas vezes, mesmo quando informados, podem não adotar integralmente as medidas de prevenção. Neste sentido, os programas de preparação para o parto e parentalidade, que incluem sessões educativas sobre a SMS, têm-se revelado eficazes na promoção do conhecimento e mudança de comportamentos (Fraga et al., 2024). Num estudo desenvolvido, demonstrou-se que após a realização de 6 sessões educativas, a percentagem de respostas corretas a questionários sobre prevenção da SMS aumentou significativamente entre as grávidas participantes. Contudo, verificou-se também que a adoção prática das medidas aprendidas nem sempre acompanha o nível de conhecimento, salientando a necessidade de reforço contínuo e acompanhamento no pós-parto (Fraga et al., 2024).

A intervenção do EEESIP transcende a dimensão meramente técnica, assumindo um papel essencial na adaptação da comunicação às particularidades de cada família e no reforço contínuo das mensagens-chave promotoras de saúde. Esta atuação revela-se determinante para o fortalecimento do papel parental desenvolvimental, promovendo o *empowerment* dos pais, que se tornam mais informados, seguros e confiantes na proteção e cuidado do seu filho (Grunewald, 2023).

Assim, com o que será apresentado neste trabalho, espera-se ir ao encontro dos objetivos delineados, contribuindo de forma significativa para a consolidação de competências especializadas e para a atribuição do título de Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)

No âmbito do MESIP pretende-se promover o desenvolvimento de competências especializadas com um forte ênfase na prática clínica. A estrutura do curso baseia-se numa compreensão aprofundada das respostas humanas aos desafios de saúde, bem como dos processos inerentes ao crescimento e desenvolvimento infantil, destacando o papel fundamental dos cuidados de enfermagem para os ganhos em saúde da população pediátrica.

De acordo com o plano de estudos definido pelo Despacho n.º 9775/2021, incluem-se duas unidades curriculares opcionais fundamentais para a obtenção do título profissional de Enfermeiro Especialista, conferido pela OE: Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo I e o Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo II. Estas unidades curriculares estão interligadas por uma relação de precedência, sendo a conclusão do Módulo I um requisito essencial para a realização do Módulo II.

Ao longo deste percurso formativo, os estágios incluíram contextos essenciais para a prática do EEESIP, abrangendo tanto os Cuidados de Saúde Primários como os cuidados diferenciados, assegurando um contacto direto com a complexidade da assistência pediátrica. Assim, foi possível desenvolver um conjunto de competências nos seguintes contextos clínicos: Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), Serviço de Oncologia Pediátrica, Serviço de Neonatologia, Serviço de Urgência Pediátrica.

A escolha pela Neonatologia como um dos locais de estágio fundamentou-se na necessidade pessoal de aprofundar conhecimentos e desenvolver competências especializadas num ambiente caracterizado por múltiplos níveis de complexidade e exigência técnica. Este contexto distingue-se pelo cuidado ao RN em situação de especial complexidade, exigindo uma abordagem integrada e centrada na prestação de cuidados diferenciados, sustentados pela melhor evidência científica disponível.

Para além disso, esta seleção visou ainda solidificar a experiência profissional no âmbito da conceção e prestação de cuidados ao RN, promovendo a aquisição de competências avançadas na vigilância clínica, na monitorização hemodinâmica, no suporte ventilatório e na intervenção junto dos pais.

De seguida, é apresentada uma análise detalhada dos quatro contextos clínicos, considerando aspetos estruturais e organizacionais, nomeadamente a infraestrutura física e a organização dos espaços, a composição e distribuição dos recursos humanos, os modelos de prestação de cuidados de enfermagem e a gestão da carga de trabalho. Esta análise permitirá compreender as dinâmicas assistenciais envolvidas e o impacto da especialização em enfermagem na

prestação de cuidados à população pediátrica.

Contexto clínico: Unidade de Cuidados na Comunidade

Os Cuidados de Saúde Primários representam o alicerce do Sistema Nacional de Saúde, sendo centrais na promoção da saúde, na prevenção da doença, bem como na resposta terapêutica e nos processos de reabilitação. Neste contexto, as UCC destacam-se pela sua relevância estratégica, ao assegurarem cuidados acessíveis e próximos da população, promovendo uma intervenção articulada e multidisciplinar, orientada para a obtenção de resultados em saúde positivos e sustentáveis. Estas unidades são essenciais para a prestação de cuidados de saúde personalizados, garantindo não apenas o acompanhamento de condições crónicas e agudas, mas também a implementação de programas de educação para a saúde e a promoção do bem-estar da comunidade (Decreto-Lei n.º 7539/2017; Decreto-Lei n.º 52/2022).

Este segmento do estágio decorreu predominantemente no contexto de UCC, sendo dividido em dois períodos distintos: o primeiro, correspondente ao Módulo I, decorreu entre 18 de março e 18 de abril de 2024, enquanto o segundo, referente ao Módulo II, teve lugar entre 16 de setembro e 16 de outubro de 2024.

A UCC destaca-se pela diversidade de valências e pela qualificação da equipa, garantindo uma resposta abrangente às necessidades da população (Decreto-Lei n.º 52/2022). A equipa é composta por quinze enfermeiros especialistas em diferentes áreas, e assegura a implementação de projetos e programas de intervenção direcionados para diversas faixas etárias e grupos vulneráveis. Entre as iniciativas desenvolvidas, incluem-se programas de preparação para o parto e parentalidade, programas de saúde escolar, reabilitação/fisioterapia e saúde mental. Além disso, a unidade desempenha um papel essencial na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e na rede social, promovendo uma articulação eficaz entre os diferentes níveis de cuidados de saúde e apoio social.

A UCC encontra-se integrada num edifício onde partilha instalações com a Equipa Local de Intervenção Precoce (ELI), permitindo um trabalho interdisciplinar e uma resposta mais eficaz às necessidades da comunidade. A distribuição dos 15 enfermeiros pelas diferentes áreas de atuação reflete, a especialização e a complementaridade dos cuidados prestados. A equipa inclui três Enfermeiros Especialistas em Reabilitação, dois Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica, um Especialista em Saúde Comunitária, três EEESIP e seis Enfermeiros de cuidados gerais, assegurando uma cobertura equilibrada e qualificada nas áreas de Cuidados Continuados Integrados, Saúde Materna, Saúde Escolar, Saúde Infantil e Saúde do Adulto e do Idoso, bem como na coordenação dos serviços. Esta organização estruturada possibilita uma abordagem holística e integrada, garantindo a prestação de cuidados de qualidade e a

promoção da saúde na comunidade.

De acordo com as normas preconizadas pela OE (2019), as UCC devem ser compostas, sempre que possível, por enfermeiros especialistas, incluindo pelo menos um na área da saúde comunitária e saúde pública. No que à saúde infantil e pediátrica diz respeito, os enfermeiros especialistas desta área devem garantir a prestação de cuidados a esta população, promovendo a sua saúde e desenvolvimento, tanto no contexto da saúde escolar como no apoio à parentalidade, especialmente em temáticas como a alimentação, a segurança, o desenvolvimento e a massagem infantil (Regulamento n.º 743/2019 da OE, 2019).

O ensino clínico centrou-se predominantemente nos projetos de Saúde Infantil e Pediátrica, proporcionando uma oportunidade ímpar para a integração no projeto de promoção da parentalidade. Este programa, concebido para apoiar os pais no exercício da parentalidade no período pós-natal, engloba visitas domiciliárias e sessões, tanto presenciais como em formato online, abordando temáticas essenciais para o desenvolvimento infantil e a adaptação à nova dinâmica familiar.

A prestação destes cuidados é assegurada por duas EEESIP, cuja atuação se estende, igualmente, à realização de rastreios visuais preconizados pelo Sistema Nacional de Saúde (SNS) e ao acompanhamento da amamentação através de consultas individualizadas. Estas intervenções revestem-se de particular importância na promoção da saúde infantil, uma vez que permitem a deteção precoce de eventuais alterações visuais e o suporte contínuo às mães no processo de amamentação, contribuindo para melhores indicadores de saúde materno-infantil.

O programa de promoção da parentalidade, dirigido a pais de crianças entre os 3 meses e os 12 meses de vida, tem como principal objetivo o fortalecimento das competências parentais, promovendo uma adaptação mais serena e informada à parentalidade. A adesão ao programa é voluntária, requerendo apenas uma inscrição prévia, sendo que os participantes são frequentemente encaminhados a partir do Curso de Preparação para o Parto, dinamizado previamente pela UCC, ou referenciados pelas equipas de Saúde Materna e de Saúde Familiar.

A estrutura do curso segue um planeamento ajustado, com um cronograma previamente definido, garantindo uma abordagem sequencial e progressiva dos conteúdos. O processo de integração dos participantes inicia-se com um contacto individualizado, geralmente telefónico, no qual são apresentados os objetivos, metodologia e estrutura do programa. Esse primeiro contacto desempenha um papel crucial no alinhamento de expectativas, no esclarecimento de dúvidas e na promoção do envolvimento ativo das famílias. Após a adesão ao programa, os pais são integrados em grupos, nos quais os conteúdos vão sendo trabalhados de forma gradual e estruturada.

Inserido neste percurso de promoção da parentalidade, o Curso de Massagem Infantil surge como um complemento fundamental, contribuindo não apenas para o bem-estar fisiológico do

bebé, mas também para o fortalecimento do vínculo parental. O curso, realizado exclusivamente em formato presencial, compreende um ciclo de seis sessões, nas quais os pais são encorajados a praticar técnicas específicas de massagem sob orientação especializada.

Cada sessão é cuidadosamente estruturada, iniciando-se com um momento de reflexão e partilha, no qual os pais têm a oportunidade de relatar experiências, desafios e conquistas da semana anterior. Segue-se com a demonstração e prática de novas técnicas de massagem acompanhada, garantindo a correta execução dos movimentos e a maximização dos benefícios para o bebé.

Mais do que uma simples técnica de relaxamento, a massagem infantil desempenha um papel crucial na promoção da saúde e do desenvolvimento infantil, uma vez que auxilia na regulação do sono, no alívio de cólicas e na redução do stress, promovendo ainda um equilíbrio emocional fundamental para o desenvolvimento da criança. Por outro lado, o toque e a comunicação proporcionados pela massagem fortalecem a relação afetiva entre pais e filhos, reforçando a confiança parental e a capacidade de interpretação das necessidades do bebé.

Para além dos benefícios individuais, o curso fomenta um ambiente de partilha e apoio mútuo, permitindo que os pais partilhem experiências e adquiram maior segurança no desempenho das suas funções parentais.

No âmbito do ensino clínico, foi possível participar ativamente na avaliação multidisciplinar de uma criança em articulação com a ELI. Este momento revelou-se determinante na identificação de necessidades específicas e na definição de estratégias de intervenção personalizadas, evidenciando a importância da articulação entre os diferentes profissionais de saúde e equipas especializadas para garantir uma resposta precoce e eficaz.

Adicionalmente, foi proporcionada a oportunidade de acompanhar consultas de saúde infantil na Unidade de Saúde Familiar (USF), permitindo uma compreensão mais aprofundada sobre a abordagem preventiva e o acompanhamento do desenvolvimento infantil no contexto dos Cuidados de Saúde Primários. Esta experiência possibilitou uma visão integrada sobre a monitorização contínua do estado de saúde da criança, reforçando a importância da atuação precoce na promoção da saúde e na prevenção de complicações futuras.

No que concerne ao modelo de organização de trabalho, este ajustava-se em função do domínio de intervenção. Na UCC, a prestação de cuidados segue uma abordagem colaborativa, baseada no trabalho em equipa, o que possibilita uma partilha eficaz de responsabilidades entre os profissionais de saúde. Esta metodologia favorece a complementaridade das intervenções e a otimização dos recursos disponíveis.

Por sua vez, na USF adota-se o modelo de enfermeiro responsável, assegurando que cada família seja acompanhada pelo mesmo profissional ao longo do tempo. Este modelo potencia a continuidade dos cuidados, promovendo uma relação de proximidade com as famílias e uma

abordagem mais personalizada, tal como preconizado pelo Regulamento n.º 743/2019 (OE, 2019).

Em última análise, este contexto clínico reforçou a necessidade de intervenções precoces e sustentadas, capazes de promover o desenvolvimento saudável da criança e fortalecer as competências parentais, garantindo, assim, um impacto significativo na saúde infantil e no bem-estar familiar a longo prazo.

Contexto clínico: Oncologia Pediátrica

O estágio no contexto clínico de Oncologia Pediátrica decorreu inicialmente (Módulo I) entre 19 de abril e 15 de maio de 2024 e, posteriormente, entre 17 de outubro e 19 de novembro de 2024 (Módulo II), encontrando-se integrado num hospital da região Norte de Portugal.

O serviço de internamento pediátrico oncológico foi concebido para responder a situações que exigem hospitalização prolongada, como tratamentos de quimioterapia, pós-operatórios ou neutropenias febris, que requerem antibioterapia intravenosa, isolamento e monitorização contínua do estado clínico de crianças e adolescentes (Fonseca & Zihlmann, 2021). Esta estrutura é projetada para garantir um acompanhamento médico especializado, fornecendo o suporte necessário para o tratamento e recuperação das crianças num ambiente seguro e adequado às suas necessidades específicas.

O serviço dispõe de oito unidades, das quais seis são quartos individuais e duas unidades que partilham o mesmo quarto. Os quartos individuais, com exceção do quarto duplo, contam com uma antecâmara equipada com lavatório e material de proteção individual (como batas, máscaras e luvas). No interior de cada quarto, para além de uma casa de banho privativa, encontram-se equipamentos e mobiliário para o conforto da criança e do acompanhante, como televisão, campainha, armário, secretária com cadeira, cadeirão e um divã desdobrável, proporcionado para o descanso do acompanhante durante a noite.

O quarto partilhado apresenta algumas diferenças, nomeadamente pela ausência de antecâmara e pela existência de uma casa de banho comum para as duas unidades. Além disso, não há espaço para duas camas de acompanhante, sendo disponibilizados dois cadeirões para acomodação dos acompanhantes.

O serviço inclui ainda outras instalações de apoio, como uma sala de enfermagem, um gabinete médico, uma sala lúdico-pedagógica e uma sala de apoio exclusivamente para os pais. Esta última está equipada com sofá, televisão, frigorífico e mesa de refeições, sendo decorada de forma a criar um ambiente acolhedor e agradável.

A estrutura física do serviço de internamento permite que cada criança seja acompanhada por até duas pessoas (pais ou pessoas significativas), durante o período das 8 horas às 22 horas. No

entanto, uma dessas pessoas pode permanecer com a criança durante 24 horas. Embora as visitas não sejam permitidas no serviço, são feitas exceções em situações específicas, permitindo a entrada de uma terceira pessoa, caso ambos os acompanhantes não possam estar presentes.

A admissão de uma criança ou adolescente no serviço depende da situação clínica e do percurso assistencial. Em muitos casos, os pais dirigem-se ao Serviço de Urgência Pediátrica devido ao aparecimento de sintomas graves, que indicam um agravamento da condição de saúde, enquanto noutros casos, a criança pode ser encaminhada de outro hospital da região Norte do país. Quando há suspeita de cancro, a criança é internada no Serviço de Internamento de Oncologia Pediátrica, onde são realizados exames complementares para confirmar o diagnóstico e estabelecer o plano terapêutico mais adequado.

Além disso, as crianças podem, também, ser reencaminhadas a partir do Hospital de Dia, quando surgem sintomas que exigem uma avaliação mais aprofundada ou hospitalização para monitorização contínua.

O serviço conta com uma equipa multidisciplinar composta por 15 enfermeiros, dos quais 13 são especialistas EEESIP, um encontra-se em processo de conclusão de mestrado nesta área e um é enfermeiro de cuidados gerais.

Cada turno é assegurado por dois enfermeiros. De acordo com o Regulamento n.º 743/2019 (OE, 2019), a recomendação aponta para a presença garantida de, no mínimo, um EEESIP em todos os turnos. A composição da equipa, com mais de dois terços de enfermeiros especialistas, assegura que, na maioria dos turnos, este critério é cumprido. No entanto, é importante salientar que não existe, atualmente, um critério formal instituído no serviço que exija a presença de um enfermeiro especialista em cada turno.

A equipa de enfermagem utiliza o método de cuidados individualizados, assumindo total responsabilidade pelo planeamento, execução e avaliação dos cuidados prestados às crianças. Esse modelo de trabalho assegura um acompanhamento contínuo e personalizado (Ventura-Silva et al., 2021).

A distribuição das crianças entre os enfermeiros é organizada pelo responsável do turno anterior, tendo em consideração a complexidade dos cuidados necessários e garantindo uma carga de trabalho equilibrada. Essa organização garante que cada criança receba a atenção e cuidados adequados à sua condição clínica. Além disso, observa-se uma forte cultura de entreajuda entre os membros da equipa, onde os enfermeiros colaboram mutuamente ao longo do turno para promover um ambiente de trabalho cooperativo e garantir uma assistência mais eficaz e segura.

Além da assistência médica, os pais e crianças têm à sua disposição uma vasta gama de serviços de apoio, incluindo apoio pedagógico e educativo, nutricional, social, psicológico,

espiritual e religioso, aconselhamento genético, e a Unidade Móvel de Apoio Domiciliário, da Fundação do Gil. O serviço mantém colaboração com diversas associações como a Operação Nariz Vermelho, a ACREDITAR e a Associação Make a Wish, que oferecem suporte adicional. Para o acolhimento das famílias da região Norte do país, o serviço disponibiliza duas casas de apoio — a Casa Ronald McDonald e a Casa ACREDITAR — que oferecem alojamento gratuito, permitindo que as famílias acompanhem os seus filhos de uma forma mais próxima durante o tratamento oncológico.

Em resumo, este serviço não só proporciona uma estrutura física de qualidade e uma equipa especializada, mas também assegura que as crianças e as suas famílias recebam um apoio integral e contínuo, com atenção às suas necessidades físicas, emocionais e sociais, procurando proporcionar a melhor experiência possível durante o processo de tratamento.

Contexto clínico: Neonatologia

Numa fase inicial, correspondente ao Módulo I, o presente estágio clínico foi experienciado entre 16 de maio e 07 de junho de 2024 e, numa segunda fase, correspondente ao Módulo II, entre 20 de novembro e 19 de dezembro de 2024, sendo desenvolvido numa Unidade de Neonatologia de um hospital localizado na região Norte de Portugal, de apoio perinatal altamente diferenciado.

O serviço de Neonatologia destina-se à prestação de cuidados altamente especializados a RN que requerem suporte intensivo, intermédio ou especial, em razão da prematuridade, anomalias congénitas ou patologias adquiridas no período neonatal. Os avanços tecnológicos e científicos têm impulsionado a reestruturação dos objetivos das unidades neonatais, ultrapassando o foco da sobrevivência pela maximização dos desfechos clínicos e neurodesenvolvimentais. Esta evolução tem-se traduzido na redução do limiar de viabilidade, na salvaguarda da integridade neurobiológica e na valorização do envolvimento familiar nos cuidados prestados (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2017).

A infraestrutura da Neonatologia é projetada para garantir a prestação de cuidados especializados e diferenciados. A Unidade inclui uma sala de cuidados intensivos com capacidade para doze incubadoras, uma sala de cuidados intermédios com dez berços e duas salas de isolamento, todas equipadas com tecnologia de monitorização contínua e suporte vital avançado. Nesse sentido, a capacidade máxima é de vinte e quatro RN, que podem ser admitidos por transferência intra-hospitalar (provenientes da sala de partos, bloco de partos, serviço de obstetrícia ou serviço de atendimento permanente pediátrico) ou por transferência inter-hospitalar, proveniente de outras unidades neonatais.

Com o objetivo de integrar e acolher os pais na dinâmica assistencial, o serviço encontra-se

cuidadosamente organizado para proporcionar conforto e privacidade durante o internamento dos RN. Nesse sentido, conta com uma sala equipada com casa de banho, cacifos individuais para o armazenamento seguro de pertences pessoais e uma outra sala destinada exclusivamente aos pais. Nesta sala, os pais, além de poderem usufruir de comodidades como um sofá, televisão e uma máquina de café, têm ainda a possibilidade de realizar refeições.

De forma a promover e apoiar a amamentação, o serviço disponibiliza uma sala equipada com bombas extratoras de leite materno. Para além disso, são promovidas sessões educativas semanais, dinamizadas pela equipa de enfermagem, com o objetivo de capacitar os pais para os cuidados essenciais ao RN, como higiene e administração de terapêutica domiciliar, assegurando a continuidade e qualidade dos cuidados no regresso a casa.

A Neonatologia dispõe, ainda, de uma sala de refeições exclusiva para a equipa multidisciplinar, um gabinete para a Enfermeira Chefe e instalações sanitárias para os profissionais.

O acesso ao serviço é rigorosamente controlado devido à vulnerabilidade dos RN internados. Apenas os pais têm autorização para entrar, sendo o acesso realizado por uma porta única, monitorizada por videovigilância, sendo desbloqueada pelos profissionais de saúde após confirmação da identidade dos mesmos.

À entrada, os pais são instruídos a armazenar os seus pertences nos cacifos individuais, higienizar as mãos com solução antisséptica de base alcoólica e utilizar uma bata fornecida pelo serviço. Estas estratégias visam minimizar o risco de contaminação cruzada, considerando a imaturidade imunológica dos RN.

O modelo assistencial da Neonatologia é baseado no método individual, onde cada enfermeiro assume a responsabilidade pelos cuidados de um a dois RN durante o turno. Em situações de maior complexidade, a equipa adota uma abordagem colaborativa, de forma a dar uma resposta eficaz às necessidades neonatais. O rácio recomendado para a sala de cuidados intensivos é de um enfermeiro por RN em todos os turnos. Na sala de cuidados intermédios, o rácio é ajustado para um enfermeiro por cada três RN. Ademais, a equipa deve integrar pelo menos dois EEESIP para cada três enfermeiros de cuidados gerais. A presença de dois EEESIP é obrigatória durante 24 horas (Regulamento n.º 743/2019 da OE, 2019).

A equipa de enfermagem é composta por 52 profissionais, organizados em cinco equipas de 10 a 11 elementos, distribuídos conforme a experiência e título como EEESIP, garantindo um equilíbrio de competências nos turnos. Cada turno conta com oito enfermeiros, sendo cinco alocados à sala de cuidados intensivos e três à sala de cuidados intermédios. Um dos enfermeiros da sala de cuidados intensivos assume a coordenação do turno, enquanto outro gere possíveis admissões e verifica a operacionalidade dos equipamentos de transporte neonatal e do material de emergência.

A presença parental é incentivada como estratégia fundamental para o vínculo afetivo e a

adaptação à nova realidade. Os pais são estimulados a permanecer junto dos filhos diariamente entre as 9 horas e as 22 horas, com a possibilidade de permanência 24 horas por dia, caso o desejem. A sua participação ativa nos cuidados e na tomada de decisão promove autonomia, confiança e um ambiente humanizado, melhorando a experiência dos pais durante o internamento.

No regresso a casa, os casos clínicos mais complexos, como prematuridade extrema ou baixo peso ao nascimento, podem requerer suporte domiciliário transitório. Para isso, a UMAD realiza visitas domiciliárias conduzidas por um EEESIP, proporcionando suporte adicional e esclarecimento de dúvidas. Os critérios de elegibilidade incluem a prematuridade, gemelaridade, dificuldades na amamentação, risco social e outras condições identificadas pela equipa clínica como necessárias para acompanhamento especializado.

Contexto clínico: Urgência Pediátrica

Decorrente do Módulo I, o estágio no contexto clínico de urgência pediátrica ocorreu entre 11 de junho e 28 de junho de 2024 e, posteriormente, entre 06 de janeiro e 05 de fevereiro de 2025 (Módulo II), encontrando-se integrado num hospital da região Norte de Portugal.

Os serviços de urgência são considerados serviços hospitalares multidisciplinares e multiprofissionais, cujo objetivo é a receção, diagnóstico e tratamento de todas as situações de urgência e/ou emergências médicas, exigindo uma intervenção imediata a nível hospitalar (ACSS, 2015)

O Serviço de Urgência Pediátrica tem como missão prestar atendimento urgente e emergente de qualidade a crianças e adolescentes até aos 17 anos e 364 dias de vida, proporcionando uma resposta eficiente e célere a cada caso.

De acordo com o Despacho normativo n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde (2014), o sistema integrado de emergência médica em Portugal está estruturado em três níveis distintos de atuação, organizados por ordem crescente de recursos disponíveis e capacidade de resposta: Serviço de Urgência Básico, Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico e o Serviço de Urgência Polivalente.

O estágio foi realizado num Serviço de Urgência Polivalente Pediátrico, estrutura que constitui a resposta mais especializada no âmbito das situações de urgência e emergência em idade pediátrica. Este serviço assegura, de forma ininterrupta, a prestação de cuidados de saúde à população da sua área de abrangência, ao longo das 24 horas do dia (Ministério da Saúde, Despacho n.º 10319/2014).

De acordo com o mesmo Despacho, o serviço deve incluir obrigatoriamente as seguintes áreas: admissão e registo, triagem de prioridades, sala de espera, sala de avaliação clínica, sala de

emergência, sala de orto-traumatologia, sala de curta permanência e observação, e sala de informação e comunicação com os familiares. A área de admissão e registo localiza-se imediatamente à entrada do serviço e comunica de forma direta com a área de triagem, na qual é possível a realização de duas admissões em simultâneo.

Estruturalmente, o serviço encontra-se organizado em diferentes áreas funcionais, das quais se destacam: área de admissão e receção; área de triagem; sala de emergência; área fast-track; área cirúrgica: cliente cirúrgico e/ou ortopédico; área médica destinada a clientes classificados como pouco urgentes ou urgentes; área médica destinada a clientes classificados como urgentes ou muito urgentes e sala de observação/ internamento de curta duração.

A estrutura física do serviço permite o fluxo de clientes de acordo com a tipologia do motivo de ida à urgência e/ou prioridade de observação.

Para a avaliação da criança/adolescente e o estabelecimento da prioridade de atendimento, utiliza-se um Sistema de Triagem de Prioridades em conformidade com a norma n.º 002/2018 da DGS (2018). Recomenda-se, a adoção da Escala de Manchester ou da Triagem Canadiana. Esta última foca-se na determinação do tempo entre a triagem e o primeiro atendimento médico, garantindo que as necessidades do cliente sejam atendidas de forma adequada.

A componente pediátrica da Escala Canadiana, à semelhança da Escala de Manchester, classifica os clientes em cinco níveis de prioridade: emergente, muito urgente, urgente, pouco urgente e não urgente. Cada nível está associado a uma cor específica: vermelho, laranja, amarelo, verde e azul, respetivamente.

Para a avaliação clínica, a criança e o acompanhante são alocados a uma das áreas médicas, as quais têm incorporadas respetivamente salas de espera (uma delas de isolamento) de forma a garantir uma melhor articulação entre a equipa multidisciplinar.

Importa referir que as áreas médicas conferem-se espaços de permanência temporária, acomodando clientes que necessitem de um conjunto de intervenções, aguardam resultados de exames complementares de diagnóstico ou, decisão clínica médica (ACSS, 2015). Decorrente da observação médica, as atitudes terapêuticas prescritas são realizadas na sala de tratamentos ou espaço da área destinado para a realização de procedimentos. Entre os procedimentos observados os mais frequentes são: a aspiração de secreções, a administração de terapêutica analgésica e antiemética, a colheita de sangue, e a colheita de urina por algaliação.

Em situações em que é necessária uma observação mais prolongada, com monitorização de sinais vitais, a criança/jovem é encaminhada para a sala destinada a internamentos de curta duração. Esta área consiste num espaço com capacidade para oito vagas (uma delas, num quarto de isolamento), para o atendimento de crianças que necessitem de vigilância e/ou tratamento em situações clínicas - médicas ou cirúrgicas - nas quais se prevê um período de permanência até vinte e quatro horas para a sua resolução ou decisão quanto a provável

internamento ou regresso a casa.

Relativamente à área de Emergência, esta é constituída por uma sala ampla com duas unidades, onde é possível a receção, a avaliação e a estabilização da criança em situação de risco de vida ou de compromisso das funções vitais e que necessita de tratamento imediato.

Relativamente aos recursos humanos, a equipa de enfermagem é constituída por um total de 52 enfermeiros, dos quais 20 são EEESIP. A distribuição dos enfermeiros é realizada pelo enfermeiro responsável de turno, que assume a coordenação funcional da equipa, garantindo uma gestão eficiente dos recursos humanos. Os profissionais são organizados em grupos e alocados às diferentes unidades funcionais, podendo ser mobilizados, pelo mesmo enfermeiro coordenador, de acordo com as necessidades assistenciais e o fluxo de utentes no serviço de urgência.

Em cada turno, encontram-se ao serviço nove enfermeiros distribuídos da seguinte forma: dois na área da triagem, dois na sala de observação, dois na área médica destinada a utentes classificados como pouco urgentes ou urgentes, dois na área médica para utentes classificados como urgentes ou muito urgentes e um enfermeiro destacado para o gabinete de realização de procedimentos de enfermagem.

Em conformidade com o Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2019) recomenda-se que, em cada turno numa unidade de urgência pediátrica deve estar presente um enfermeiro EEESIP por cada três enfermeiros. Para além disso, a triagem deve ser realizada por dois EEESIP, com certificação específica no método de triagem. É, ainda, aconselhado que, no mínimo, metade dos enfermeiros presentes em cada turno possua formação em Suporte Avançado de Vida Pediátrico (Regulamento n.º 743/2019 da OE, 2019). É de salientar que as diretrizes estabelecidas são, na sua maioria, cumpridas neste contexto clínico, assegurando um ambiente assistencial devidamente estruturado e alinhado com as melhores práticas na prestação de cuidados em urgência pediátrica.

O modelo de prestação de cuidados combina o trabalho individual e em equipa, ajustando-se à especificidade de cada área funcional. A articulação entre os diferentes profissionais é essencial para assegurar uma resposta célere, eficaz e segura às necessidades clínicas das crianças/jovens.

3. LACTENTE EM CONTEXTO DE CONSULTA DE VIGILÂNCIA DE SAÚDE INFANTIL NA USF

Lactente com 1 mês e 5 dias de vida, recorre à USF, acompanhada pela mãe e pelo pai, para a consulta de vigilância de saúde infantil programada para o 1º mês de vida.

3.1. Enquadramento teórico

O Lactente

O período do lactente, que abrange sensivelmente o primeiro ano de vida, representa uma etapa crucial no desenvolvimento humano, marcada por mudanças rápidas e significativas ao nível físico, neurológico, motor, cognitivo e emocional. Embora o desenvolvimento se inicie aquando da conceção e decorra de forma contínua ao longo da vida, é durante esta fase inicial que ocorrem aquisições fundamentais, sustentadas por três pilares essenciais: o crescimento físico, a maturação do sistema nervoso central e a aprendizagem (Papalia & Feldman, 2013).

Este processo segue um padrão sequencial e organizado, observando-se uma progressão do controlo global para o específico, num eixo cefalocaudal e proximodistal. Inicialmente, os movimentos são amplos e generalizados, evoluindo gradualmente para ações mais refinadas e dirigidas. Trata-se de um desenvolvimento multidimensional, que integra três grandes áreas: o desenvolvimento físico (relacionado com o crescimento somático e as capacidades motoras e sensoriais), o desenvolvimento cognitivo (ligado ao pensamento, à aprendizagem e ao raciocínio) e o desenvolvimento psicossocial (que diz respeito à interação social, ao estabelecimento de vínculos e à construção da personalidade) (Papalia & Feldman, 2013).

De acordo com Ramos & Barbieri-Figueiredo (2020), cada criança apresenta o seu próprio ritmo e padrão de crescimento e desenvolvimento. Ainda que existam marcos de referência para cada fase, é natural a existência de variações individuais. O essencial é garantir que, independentemente da velocidade, o lactente atinja as metas estabelecidas para a sua idade.

Durante esta fase, o crescimento físico é particularmente notório. Segundo o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) (DGS, 2013), na consulta do primeiro mês de vida são avaliados parâmetros essenciais:

- Peso: é expectável uma perda até 10% do peso ao nascimento nos primeiros dias de vida, sendo habitualmente recuperado até às duas semanas. No primeiro trimestre, o ganho ponderal

situa-se entre 20 a 30 gramas por dia.

- Comprimento: em média, o lactente cresce cerca de 25cm durante o primeiro ano, registando-se um aumento de aproximadamente 30% nos primeiros 5 meses e mais de 50% aos 12 meses.
- Perímetro cefálico: indicador do desenvolvimento cerebral, cresce cerca de 1cm por mês durante o primeiro ano. À nascença, o cérebro corresponde a cerca de 25% do seu volume adulto, atingindo aproximadamente 75% aos 12 meses.

Além destas medições, realiza-se um exame físico completo, no qual se avalia o estado da pele (que deve ser lisa, rosada, flexível e sem lesões), a simetria craniana, o tônus muscular e a presença de traços fisionómicos normais e proporcionais. Alterações como palidez, rugosidade, descamação ou máculas devem ser valorizadas clinicamente.

A avaliação do desenvolvimento neuromotor e sensorial é complementada pela aplicação da Escala de Desenvolvimento de *Mary Sheridan*, uma ferramenta que permite identificar marcos esperados e sinais de alarme, facilitando o eventual encaminhamento precoce para profissionais especializados.

Entre a 4.^a e a 6.^a semana de vida, os parâmetros esperados incluem:

- Motricidade global: levanta a cabeça em decúbito ventral; postura assimétrica em decúbito dorsal; cabeça cai quando tracionado pelos braços; dorso arqueado e mãos fechadas quando sentado; cabeça erguida e membros semiflectidos em suspensão vertical.
- Motricidade fina e visão: segue visualmente um objeto (como uma bola) a cerca de 20-25 cm até à linha média.
- Audição e linguagem: reage a estímulos sonoros (voz, sineta ou roca), podendo virar os olhos na direcção do som.
- Comportamento e interacção social: fixa o rosto da mãe durante a amamentação, apresenta sorriso social por volta das seis semanas e produz sons guturais em resposta a estímulos agradáveis.

São considerados sinais de alarme a ausência de controlo cefálico, a presença de hipo ou hipertonia, a ausência de resposta a estímulos visuais ou sonoros, movimentos oculares erráticos ou transições comportamentais desreguladas (como passar abruptamente do sono à irritabilidade sem motivo aparente) (DGS, 2013).

A vigilância do desenvolvimento do lactente nesta fase é, por isso, determinante para a deteção precoce de desvios e para a implementação de estratégias de promoção da saúde e do bem-estar da criança.

O Contexto da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

A consulta de vigilância em saúde infantil representa um momento essencial de avaliação e acompanhamento da criança e da sua família. Este encontro clínico proporciona um espaço privilegiado para promover o fortalecimento de competências parentais e contribuir para uma melhor qualidade de vida da criança (Fernandes & Andrade, 2020).

Estas consultas são realizadas segundo as orientações definidas pelo PNSIJ da DGS (DGS, 2013), estando organizadas em função de idades específicas. Cada uma destas etapas corresponde a fases críticas do crescimento e desenvolvimento da criança ou adolescente, onde se torna fundamental observar e avaliar aspetos físicos, emocionais, cognitivos, psicomotores, sociais e escolares (DGS, 2013).

Dado que a infância é um período de transformações contínuas, é imprescindível que o desenvolvimento psicomotor seja acompanhado de forma sistemática e rigorosa, nos momentos estipulados, permitindo não só monitorizar a evolução da criança, como também identificar precocemente sinais que possam indicar desvios ao desenvolvimento esperado (Festas et al., 2020).

Para apoiar essa monitorização, uma das ferramentas recomendadas no contexto português é a Escala de Avaliação do Desenvolvimento Infantil de *Mary Sheridan*, na sua versão modificada. Este instrumento, validado pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, destaca-se pela sua aplicação simples e eficaz, sendo amplamente utilizado pelos profissionais de saúde (DGS, 2013).

As consultas de vigilância em saúde infantil visam alcançar um conjunto de objetivos fundamentais, entre os quais se destacam: a observação sistemática do crescimento e desenvolvimento; a promoção de estilos de vida saudáveis; a prevenção de comportamentos de risco; a deteção precoce de situações que possam comprometer o bem-estar da criança; bem como o reforço do papel parental e do equilíbrio familiar (DGS, 2013).

Neste contexto, o EEESIP assume um papel central na promoção do desenvolvimento global da criança. A sua intervenção baseia-se em cuidados antecipatórios, orientando os cuidadores para uma participação ativa e consciente no processo de crescimento e preparação para as várias fases do desenvolvimento (OE, 2017). Estas consultas configuram, assim, uma oportunidade estratégica para capacitar os pais e/ou cuidadores, fornecendo informação relevante e adaptada a cada etapa do ciclo de vida infantil.

A informoterapia

A literacia em saúde define-se como a capacidade que cada pessoa tem para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação útil à manutenção e promoção da sua saúde e bem-

estar, bem como dos que a rodeiam (DGS, 2023). Implica pensamento crítico e é fundamental para escolhas informadas.

O seu principal objetivo é tornar o indivíduo mais autónomo e envolvido na gestão da sua saúde, incentivando também a participação ativa na saúde comunitária. O enfermeiro desempenha um papel central neste processo. Pela sua proximidade e contacto direto com os utentes, é um agente privilegiado na promoção da literacia em saúde, atuando como educador e facilitador da informação (Smith, 2021).

A informoterapia surge como uma estratégia-chave nesta intervenção. Trata-se da prescrição intencional e ajustada de informação certa, no momento certo, à pessoa certa, com o propósito de apoiar decisões fundamentadas e promover o empoderamento do utente (Mettler & Kemper, 2006).

Para os pais, níveis reduzidos de literacia dificultam o desempenho do seu papel, tornando essencial a intervenção do enfermeiro na capacitação parental. Através da informoterapia, o profissional de saúde transmite conhecimentos ajustados às necessidades da família, reforçando a sua autonomia e segurança (Sousa et al., 2023).

Importa, no entanto, que este processo seja progressivo e adequado ao ritmo de cada família. Cabe ao enfermeiro avaliar não só o grau de compreensão, mas também a motivação e disponibilidade dos cuidadores, adaptando linguagem, conteúdos e momento da abordagem.

A Transição Desenvolvimental

A transição para a parentalidade é considerada uma transição do tipo desenvolvimental, ocorrendo desde a decisão de conceção até os primeiros meses após o nascimento do RN. Neste período, os pais assumem e ajustam os seus papéis parentais, envolvendo-se em mudanças físicas e psicológicas enquanto adquirem novos conhecimentos e habilidades necessários para cuidar do bebé (Lowdermilk & Perry, 2008; OE, 2024).

Como uma transição desenvolvimental, este processo é complexo e contínuo, marcando uma transformação nas perceções e comportamentos dos pais. As mudanças que ocorrem durante este período exigem que os pais desenvolvam competências multifacetadas, o que pode afetar diretamente a eficácia do seu papel parental (OE, 2024). Tais adaptações, embora desafiadoras, são fundamentais para o sucesso do processo de transição e para o ajuste ao novo papel.

A vulnerabilidade é uma característica intrínseca deste tipo de transição, sendo o papel do enfermeiro essencial na preparação dos pais. O enfermeiro facilita o desenvolvimento de novas competências, ajudando os pais a adaptarem-se a essa fase de forma mais tranquila e eficaz (Meleis et al., 2020).

A compreensão das condições internas e externas que influenciam essa transição – como as

perceções dos pais, crenças e atitudes, e o suporte social disponível – permite ao enfermeiro uma intervenção mais personalizada e eficaz (Meleis et al., 2020). A transição pode ser monitorizada recorrendo a indicadores de processo, como o desenvolvimento da confiança, a adaptação e a integração no novo papel, e de indicadores de resultado, como a mestria e a integração fluída. A mestria sinaliza o momento em que os pais dominam as competências necessárias para o novo papel, enquanto a integração fluída indica que a transição foi bem-sucedida e que os pais se sentem confortáveis no seu novo papel (Meleis et al., 2020).

3.2. Clientes

Cliente

Lactente | Idade: 1 mês | Feminino

Mãe/Pai

03-10-2024 10:00

03-10-2024 10:00 - Figura parental principal: mãe.

03-10-2024 10:00 - Número de outros filhos: 0.

03-10-2024 10:00 - Tipologia de cuidados que presta em casa: desenvolvimental.

03-10-2024 10:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

3.3. Domínios

Início	Domínios	Fim
03-10-2024 10:00	Pele e mucosas	
03-10-2024 10:00	Comportamentos de ligação mãe/pai-filho	
03-10-2024 10:00	Comportamentos para amamentar	
03-10-2024 10:00	Comportamentos de ligação filho-mãe/pai	
03-10-2024 10:00	Desenvolvimento psicomotor	
03-10-2024 10:00	Desenvolvimento físico	
03-10-2024 10:00	Lactente	
03-10-2024 10:00	Eliminação intestinal	
03-10-2024 10:00	Eliminação urinária	
03-10-2024 10:00	Sono	

3.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Lactente

Período desenvolvimental no qual o cliente da presente conceção de cuidados se enquadra. É definido pelo período que decorre desde os 29 dias de vida até aos 12 meses de idade da criança (Hockenberry & Wilson, 2019).

No âmbito da execução da presente conceção de cuidados, com recurso à plataforma E4nursing, torna-se necessário a seleção deste domínio, de forma a que aspetos do papel parental possam ser considerados.

Desenvolvimento físico

A prática do Enfermeiro envolve a realização de uma avaliação detalhada da saúde do lactente, considerando variáveis como peso, comprimento, idade gestacional e condições clínicas (Oliveira & Santos, 2024). A monitorização do crescimento é uma prática comum, frequentemente expressa em percentis, e inclui a medição do peso, comprimento e perímetro cefálico da criança.

Através dessa avaliação física, é possível monitorizar o estado nutricional e o crescimento da criança. Para garantir uma vida saudável, é essencial que o desenvolvimento ocorra dentro dos parâmetros esperados, com implicações significativas na saúde da população (DGS, 2013).

O desenvolvimento infantil é um processo contínuo e complexo, que começa no período intrauterino e ocorre de forma mais acentuada nos primeiros anos de vida. Ele é influenciado

por fatores genéticos, biológicos e ambientais, os quais interagem para moldar o neurodesenvolvimento (Antony, 2022).

Portanto, cada criança segue um percurso único de desenvolvimento. Considerando os riscos biológicos, é fundamental avaliar o desenvolvimento sensório-motor desde o início, permitindo a identificação ou exclusão de hipóteses diagnósticas.

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

O desenvolvimento psicológico e social da criança depende da adequada interação pais-filho (DGS, 2013).

A vivência de ser pai ou mãe constitui-se como uma experiência única, que implica grandes mudanças e adaptações inerentes à vivência desta transição, quer seja a nível individual, como familiar, no sentido de reunir o conjunto de condições para cuidar da melhor forma possível de um filho, dado que práticas parentais adequadas, contribuem favoravelmente para o desenvolvimento saudável e equilibrado da criança.

Neste contexto, surge a ligação mãe/pai-filho imprescindível para promover a integração da criança na família e o seu desenvolvimento adequado, tornando-se essencial conhecer este processo e caracterizá-lo, de modo a desenvolver estratégias e intervenções adequadas à sua promoção (Ramos & Barberi-figueiredo, 2020).

Comportamentos de ligação filho-mãe/pai

A vinculação segura é fundamental para o desenvolvimento emocional e social saudável ao longo da vida (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Segundo Bowlby (1998), o processo de vinculação é composto por várias etapas nas quais os indivíduos procuram proximidade, com o objetivo principal de garantir proteção, afeto e segurança. Este processo de vinculação desenvolve-se de forma contínua, especialmente durante os primeiros anos de vida da criança, manifestando-se de forma mais evidente até os três anos de idade (Silva, 2014)

Em relação ao cliente apresentado, e conforme apresentado na introdução deste relatório, o lactente encontra-se na primeira fase do processo de vinculação, denominada fase de pré-vinculação, que ocorre desde o nascimento até aproximadamente os dois meses de idade. Neste período, o RN ainda não desenvolve uma ligação específica com os seus pais, mas demonstra sinais de comunicação e interação com o ambiente, estabelecendo as bases para as futuras fases de vinculação.

Comportamentos para amamentar

A amamentação vai para além da passagem de leite de um organismo para outro, favorece o vínculo afetivo entre a mãe e o filho, pois existe um estreito contacto físico e emocional. Através do contacto físico, o lactente consegue manter-se mais calmo e tranquilo. Sabe-se que o mamar diretamente na mama da mãe implica uma influência positiva no desenvolvimento odontológico, uma vez que estimula a movimentação dos músculos de mastigação e promove o estabelecimento da deglutição e respiração. A amamentação em geral, e o leite materno em particular, constituem dimensões relevantes para a saúde da mãe e do recém-nascido, tem um importante impacto no que se refere às taxas reduzidas de SMS, infeções na infância e depressão pós-parto (OE, 2024).

Pele e mucosas

O exame físico global realizado nas consultas de vigilância de saúde infantil, conforme preconizado pelo PNSIJ, é uma prática fundamental para a avaliação geral da criança. Esse exame envolve uma observação cuidadosa do aspeto da criança, com foco em diversos parâmetros, como a cor, textura, temperatura, humidade, e turgor da pele, além da presença de lesões ou erupções cutâneas. Através da observação, o enfermeiro consegue detetar sinais precoces de possíveis condições de saúde e realizar intervenções imediatas, quando necessário (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

A pele, sendo um reflexo do estado de saúde geral da criança, é um dos primeiros sistemas avaliados. A análise cuidadosa da sua condição pode indicar problemas, como desidratação, infeções ou reações alérgicas, que requerem acompanhamento e tratamento. Através do toque também é possível avaliar o estado de hidratação e a circulação da criança, elementos essenciais para um diagnóstico precoce.

Esse exame físico não se limita à pele, mas também envolve a observação de outros sistemas corporais, como o respiratório, cardiovascular e neurológico, para garantir um quadro completo da saúde da criança. Ao identificar alterações, o enfermeiro pode atuar de forma antecipada, o que é crucial para a prevenção de complicações e para garantir o desenvolvimento saudável da criança (Hockenberry & Wilson, 2019).

Eliminação urinária , Eliminação intestinal e Sono

A seleção destes domínios permite caracterizar o padrão habitual do lactente e intervir precocemente na alterações detetadas. Nesse sentido, possibilita caracterizar o tipo de papel parental relacionado com estes aspetos e compreender a eficácia na resposta às necessidades do lactente.

3.4. Conceção de Cuidados

Eliminação intestinal

03-10-2024 10:00

03-10-2024 10:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais.

03-10-2024 10:00 - Determinar evolução da eliminação intestinal

03-10-2024 10:00 - Avaliar evolução da eliminação intestinal [Consulta dos 2 meses]

Eliminação urinária

03-10-2024 10:00

03-10-2024 10:00 - Urina em moderada quantidade.

03-10-2024 10:00 - Cor da urina: incolor.

03-10-2024 10:00 - Cheiro da urina: "sui generis".

03-10-2024 10:00 - Frequência da eliminação urinária: normal .

03-10-2024 10:00 - Determinar evolução da eliminação urinária

03-10-2024 10:00 - Avaliar evolução da eliminação urinária [Consulta dos 2 meses]

Pele e mucosas

03-10-2024 10:00

03-10-2024 10:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

03-10-2024 10:00 - Determinar evolução da integridade dos tecidos

03-10-2024 10:00 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [Consulta dos 2 meses]

Sono

03-10-2024 10:00

03-10-2024 10:00 - Dormiu por períodos longos.

03-10-2024 10:00 - Sono reparador.

03-10-2024 10:00 - Número (médio) de horas de sono noturno: 12 Hora.

03-10-2024 10:00 - Número (médio) de horas de sono diurno: 9 Hora.

03-10-2024 10:00 - Determinar evolução do sono

03-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do sono [Consulta dos 2 meses]

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

03-10-2024 10:00

03-10-2024 10:00 - Comportamentos de ligação mãe-filho: facilitador.

03-10-2024 10:00 - Comportamentos de ligação pai-filho: facilitador.

03-10-2024 10:00 - Determinar evolução da ligação mãe/pai-filho

03-10-2024 10:00 - Avaliar evolução da ligação mãe-filho [Consulta dos 2 meses]

03-10-2024 10:00 - Avaliar evolução da ligação pai-filho [Consulta dos 2 meses]

Comportamentos para amamentar

03-10-2024 10:00

03-10-2024 10:00 - Oferece a mama quando reconhece sinais de fome.

03-10-2024 10:00 - Adota posição confortável para facilitar o mamar.

03-10-2024 10:00 - Termina a mamada quando reconhece sinais de saciedade.

03-10-2024 10:00 - Utiliza estratégias para estimular o mamar.

03-10-2024 10:00 - Com manifestações de pega adequada.

03-10-2024 10:00 - Amamentação

03-10-2024 10:00 - Determinar evolução da amamentação

03-10-2024 10:00 - Avaliar evolução dos comportamentos para amamentar

[Consulta dos 2 meses]

Comportamentos de ligação filho-mãe/pai

03-10-2024 10:00

03-10-2024 10:00 - Comportamentos de vinculação: procura atrair a presença do adulto com choro, sorriso, balbuciar, olhar ou agitando os braços; comportamentos direcionados a qualquer pessoa, porque não consegue distinguir adultos.

03-10-2024 10:00 - Determinar evolução da vinculação

03-10-2024 10:00 - Avaliar evolução da vinculação [Consulta dos 2 meses]

Desenvolvimento psicomotor

03-10-2024 10:00

03-10-2024 10:00 - Desenvolvimento da postura e da motricidade global: sem sinais de alarme.

03-10-2024 10:00 - Desenvolvimento da função motora fina: sem sinais de alarme.

03-10-2024 10:00 - Desenvolvimento da visão: sem sinais de alarme.

03-10-2024 10:00 - Desenvolvimento da audição: sem sinais de alarme.

03-10-2024 10:00 - Desenvolvimento da linguagem: sem sinais de alarme.

03-10-2024 10:00 - Desenvolvimento do comportamento interativo e da adaptação social: sem sinais de alarme.

03-10-2024 10:00 - Determinar evolução do desenvolvimento infantil

03-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do desenvolvimento infantil [Consulta dos 2 meses]

Desenvolvimento físico

03-10-2024 10:00

03-10-2024 10:00 - Peso: 3.56 Kg.

03-10-2024 10:00 - Percentil do peso: P(5).

03-10-2024 10:00 - Comprimento/Altura: 55.00 cm.

03-10-2024 10:00 - Percentil do comprimento: P(50).

03-10-2024 10:00 - Perímetro cefálico: 35.00 cm.

03-10-2024 10:00 - Percentil do perímetro cefálico: P(5).

03-10-2024 10:00 - Índice de massa corporal: 11.77 Kg/m².

03-10-2024 10:00 - Percentil do índice de massa corporal: P(1).

03-10-2024 10:00 - Encerramento da fontanela

03-10-2024 10:00 - Posição anterior: sem compromisso.

03-10-2024 10:00 - Posição posterior: sem compromisso.

03-10-2024 10:00 - Crescimento**03-10-2024 10:00 - Determinar evolução do crescimento**

03-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do crescimento [Consulta dos 2 meses]

Lactente

03-10-2024 10:00

03-10-2024 10:00 - Lactente

03-10-2024 10:00 - Promover papel parental desenvolvimental: higiene e conforto

03-10-2024 10:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre higiene da criança: facilitador.

03-10-2024 10:00 - Capacidade da mãe/pai para cuidar da higiene da criança: facilitadora.

03-10-2024 10:00 - Significado atribuído pela mãe/pai ao dar banho: não dificultador.

03-10-2024 10:00 - *Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: higiene e conforto [Consulta dos 2 meses]*

03-10-2024 10:00 - Promover papel parental desenvolvimental: sono/repouso

03-10-2024 10:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre sono da criança: facilitador.

03-10-2024 10:00 - *Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: sono/repouso [Consulta dos 2 meses]*

03-10-2024 10:00 - Promover papel parental desenvolvimental: segurança

03-10-2024 10:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre promoção da segurança da criança: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-10-2024 10:00 - Capacidade da mãe/pai para transportar a criança em segurança: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-10-2024 10:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre promoção da segurança da criança

03-10-2024 10:00 - *Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre promoção da segurança da criança [Contacto telefónico 3 dias após a consulta]*

03-10-2024 10:00 - *Ensinar mãe/pai sobre medidas de segurança: síndrome de morte súbita [Neste contacto]*

03-10-2024 10:00 - *Ensinar mãe/pai sobre medidas de segurança: transporte [Neste contacto]*

03-10-2024 10:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar capacidade para transportar a criança em segurança [RESOLVIDO] 03-10-2024 10:45

03-10-2024 10:00 - *Avaliar evolução da capacidade da mãe/pai para transportar a criança em segurança [No final da consulta] [FIM]* 03-10-2024 10:45

03-10-2024 10:45 - Capacidade da mãe/pai para transportar a criança em segurança: facilitadora [MELHOROU].

03-10-2024 10:00 - *Instruir mãe/pai a transportar em segurança [Neste contacto] [FIM]* 03-10-2024 10:45

03-10-2024 10:00 - *Treinar mãe/pai a transportar em segurança [Neste contacto] [FIM]* 03-10-2024 10:45

03-10-2024 10:00 - *Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: segurança [Contacto telefónico 3 dias após a consulta]*

03-10-2024 10:00 - Promover papel parental desenvolvimental: vigilância e promoção da saúde

03-10-2024 10:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde da criança: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o

momento próprio para intervir.

03-10-2024 10:00 - Significado atribuído pela mãe/pai à vacinação: não dificultador.

03-10-2024 10:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre vigilância e promoção da saúde da criança

03-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde da criança [Contacto telefónico 3 dias após a consulta]

03-10-2024 10:00 - Ensinar mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde [Neste contacto]

03-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: vigilância e promoção da saúde [Contacto telefónico 3 dias após a consulta]

03-10-2024 10:00 - Promover papel parental desenvolvimental: lidar com o choro

03-10-2024 10:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre choro do lactente: facilitador.

03-10-2024 10:00 - Capacidade da mãe/pai para usar estratégias para lidar com o choro do lactente: facilitadora.

03-10-2024 10:00 - Autoeficácia da mãe/pai para usar estratégias para lidar com o choro do lactente: facilitadora.

03-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: lidar com o choro [Consulta dos 2 meses]

03-10-2024 10:00 - Promover papel parental desenvolvimental: crescimento

03-10-2024 10:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre crescimento da criança: facilitador.

03-10-2024 10:00 - Promover papel parental desenvolvimental: desenvolvimento infantil

03-10-2024 10:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre desenvolvimento infantil durante o período de lactente: facilitador.

03-10-2024 10:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de lactente: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-10-2024 10:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de lactente

03-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de lactente [Contacto telefónico 3 dias após a consulta]

03-10-2024 10:00 - Ensinar mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de lactente [Neste contacto]

3.5. Especificação das intervenções

Ensinar mãe/pai sobre medidas de segurança: síndrome de morte súbita

- Colocar a criança a dormir em berço próprio
- Explicar à mãe/pai que devem deitar a criança em decúbito dorsal
- Os pés do lactente devem tocar no fundo do berço
- A roupa deve estar pela linha mamária e os membros superiores por cima da roupa
- O colchão deve ser firme e não devem existir espaços entre o colchão e o berço
- Evitar vestir o lactente com demasiada roupa, e evitar presença de objetos pelo berço
- Cumprir com as recomendações de isolamento térmico do saco de dormir
- Manter a temperatura do quarto entre os 18 e 21°C
- Não fumar nem permitir que ninguém fume no mesmo ambiente em que o lactente se encontra a respirar

Ensinar mãe/pai sobre medidas de segurança: transporte

- Os acidentes são a principal causa de morte nas crianças com menos de um ano
- Não transportar a criança sem cintos de retenção, mesmo que seja uma curta distância, ou ao colo
- É fundamental que na cadeira de transporte a criança utilize sempre o cinto de fixação
- O cinto de segurança e o arnês nunca devem ficar torcidos ou dobrados
- Certificar-se sempre antes de cada deslocação que o cinto de segurança está corretamente colocado (1 dedo no máximo entre o arnês e o corpo do bebé)
- Evitar a utilização de mantas ou roupa volumosa, devido à falsa sensação de ajustes de cinto

Instruir mãe/pai a transportar em segurança

- Explicar e demonstrar a colocação e verificação dos cintos de segurança da cadeira de transporte

Ensinar mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de lactente

- Produzir sons com brinquedos sonoros ou mesmo utilizando a voz humana
- Oferecer chocalhos, móbile de berço, espelhos inquebráveis e brinquedos que potenciam a sucção.
- Proporcionar momentos "tummy time".
- Movimentar objetos coloridos e de diferentes formas, a cerca de 20 centímetros da face.
- Conversar com o bebé com uma voz meiga e com diferentes tonalidades, tocando-lhe e embalando-o.

Ensinar mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde

- Em Portugal, a Direcção-Geral da Saúde recomenda administração de vitamina D a todos os lactentes desde a primeira consulta até aos 12 meses
- A vitamina D é uma vitamina com importância reconhecida na saúde óssea da criança

atendendo à sua intervenção no metabolismo do cálcio e do fósforo

- O organismo sintetiza Vitamina D de um modo natural quando exposto diretamente à luz solar. Desta forma, o corpo consegue sintetizar uma parte das necessidades diárias de vitamina D. No entanto, apesar da importância do sol para sintetizar Vitamina D, a exposição solar das crianças pequenas deve ser muito controlada nos primeiros anos de vida a fim de evitar problemas relacionados com a pele
- Os bebés alimentados com leite materno necessitam de suplementação em Vitamina D porque o leite humano é uma fonte naturalmente pobre deste nutriente
- A suplementação de vitamina D apresenta-se em forma líquida/gotas e deve ser administrada 1x/dia, de acordo com a prescrição

3.6. Síntese relativa ao caso

A presente síntese encontra-se subdividida por um conjunto de aspetos basilares que nortearam a conceção de cuidados como:

- Planeamento e Prioridades nos Cuidados de Enfermagem

A consulta de vigilância em Saúde Infantil, realizada pelo EEESIP, é marcada pela intervenção educativa em saúde, com especial destaque para os cuidados antecipatórios, dentro do contexto de saúde primária. O objetivo principal desses cuidados é aumentar a literacia em saúde dos pais, promovendo a saúde do lactente e facilitando a aquisição de competências no desempenho do papel parental (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Na consulta, o foco das intervenções de enfermagem é melhorar as competências parentais, maximizando o desenvolvimento da criança. Durante a avaliação inicial, foi identificado que a segurança do lactente na cadeira de transporte não estava assegurada, pois os cintos de segurança não estavam corretamente ajustados. A prioridade foi avaliar o conhecimento dos pais sobre a utilização correta da cadeira e capacitá-los para a sua utilização segura.

Além disso, foi observado que os pais não apresentavam conhecimento adequado sobre práticas seguras de sono, nomeadamente sobre a prevenção da SMS. Esta lacuna foi abordada como uma prioridade na educação dos pais, com vista à promoção do papel parental desenvolvimental.

A promoção do desenvolvimento infantil também foi identificada como uma prioridade, visto que os pais demonstraram dificuldades em aplicar estratégias para estimular o desenvolvimento do lactente, o que poderia prejudicar a ligação afetiva e o desenvolvimento a longo prazo.

- Contributos das Intervenções para os Objetivos dos Cuidados

As intervenções de enfermagem são planeadas com o objetivo de atingir os objetivos específicos definidos para a consulta. Através de observação direta e entrevistas com os pais, foram identificados déficits no desempenho do papel parental que precisavam de ser corrigidos para garantir um desenvolvimento saudável do lactente.

Quando se percebeu que os pais necessitavam de melhorar o conhecimento, a intervenção incluiu tanto o reforço das boas práticas quanto a transmissão de informações teóricas. As intervenções educativas desempenham, como objetivo principal, capacitar os pais a tomar decisões informadas, e a eficácia dessas intervenções foi avaliada pela verbalização do conhecimento adquirido pelos pais.

A aplicação de “informoterapia” constituiu-se uma estratégia essencial para ajudar os pais a atingirem a mestria no seu papel parental (Mettler & Kemper, 2006).

Além disso, foram utilizadas intervenções práticas como “instruir” e “treinar” os pais para garantir a segurança do transporte do lactente. Estas estratégias predem-se com o objetivo de promover a autonomia dos pais e melhorar o desempenho do papel parental (Petronilho, 2007). Essas intervenções estão alinhadas com as diretrizes do PNSIJ (DGS, 2013), que priorizam a avaliação contínua da condição do lactente e o acompanhamento da evolução do papel parental.

As terapêuticas de enfermagem reportam-se às intervenções que o enfermeiro desenvolve intencionalmente, visando o alcance dos objetivos delineados na conceção de cuidados, numa perspetiva de contribuir de uma forma significativa no processo de transição desenvolvimental que os pais do lactente estão a vivenciar.

Nesse sentido, à medida que a consulta se inicia é realizada uma colheita de dados quer seja por observação direta ou até mesmo com recurso à entrevista da mãe e/ou pai do lactente, durante a qual é identificado défices no desempenho do papel parental que devem de ser colmatados. Quando percecionada a necessidade de melhorar o conhecimento para progredir para a mestria, a intervenção passa não apenas pelo reforço de aspetos positivos, mas também na transmissão de informação teórica. Desta forma, estas intervenções do tipo “ensinar” têm como principal objetivo a aquisição de conhecimento nas temáticas percebidas como pertinentes e necessárias no decorrer da consulta. Como forma de avaliar a eficácia dessas intervenções definem-se critérios de resultado que refletem a verbalização por parte da mãe/pai do conhecimento aprendido.

Face ao supracitado, entende-se que esta prescrição de informação oportuna, à pessoa certa e no momento certo (Mettler & Kemper, 2006) relaciona-se com a terapêutica de enfermagem informoterapia, já descrita no enquadramento teórico.

- Timing de avaliação do objetivo final

A avaliação do sucesso dos objetivos da consulta de vigilância ocorre em dois momentos: no final da consulta, quando se avalia o conhecimento adquirido pelos pais, e, posteriormente, através de um contacto telefónico agendado para três dias após a consulta. Este seguimento permite aos pais integrar as informações e implementar as recomendações, especialmente no que diz respeito à segurança do lactente e à prevenção da síndrome da morte súbita.

A avaliação final, pretende avaliar a capacidade dos pais em aplicar as recomendações e alcançar a mestria no desempenho seu papel parental.

- Reflexão sobre o Caso Clínico para o Desenvolvimento das Competências EEESIP

No contexto da consulta de vigilância em saúde infantil, o enfermeiro especialista desempenha um papel essencial ao estabelecer uma parceria de cuidados com os pais, focando-se no acompanhamento contínuo do desenvolvimento da criança. A sua intervenção educativa e de aconselhamento visa capacitar os pais com o conhecimento necessário para promover o desenvolvimento saudável da criança e melhorar o desempenho do papel parental.

A conceção de cuidados apresentada está centrada na promoção do papel parental, com especial atenção ao desenvolvimento das competências parentais em face das necessidades do lactente.

Tendo em conta as competências previstas pela OE para o EEESIP (Regulamentos n.º 140/2019 e n.º 422/2018), este caso clínico contribuiu para o desenvolvimento das seguintes competências específicas: implementação de um plano de saúde em parceria com os pais, promovendo a parentalidade; intervenção em situações de risco que possam afetar a qualidade de vida da criança; promoção do crescimento e desenvolvimento infantil; promoção da vinculação afetiva entre pais e filhos.

Este conjunto de ações e intervenções permitiu que os pais fossem apoiados no seu processo de transição para a parentalidade, alcançando progressos significativos na sua capacidade de cuidar e proteger o lactente.

4. RN PREMATURO EM CONTEXTO DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS

Prematuro de 27 semanas e 5 dias de gestação, internado no serviço de Neonatologia após parto eutócico por rutura de membranas periparto. Ao nascimento apresentou APGAR 5/8/8, com necessidade de recrutamento alveolar com peça em T, FiO₂ 30% . Peso ao nascimento de 860 gramas, comprimento de 36 cm, perímetro cefálico de 23,5 cm. Necessitou de ser adaptado a ventilação não invasiva administrada via Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP) para recrutamento alveolar.

4.1. Enquadramento teórico

O caso clínico apresentado decorre no âmbito dos Cuidados Intensivos Neonatais, no contexto do Serviço de Neonatologia, tendo como motivo a hospitalização de um RN prematuro. Esta realidade exige uma abordagem teórica que reconheça a vulnerabilidade inerente à prematuridade, os efeitos da separação precoce entre mãe e RN, e o papel fundamental do enfermeiro na promoção do desenvolvimento neurossensorial, do vínculo afetivo e no apoio à capacitação parental desde os primeiros dias de vida.

O RN Prematuro

A prematuridade é definida como o nascimento de um RN antes de completar 37 semanas de gestação. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2016), os RN prematuros são classificados em três categorias: extremamente prematuros (menos de 28 semanas), muito prematuros (entre 28 e 32 semanas) e prematuros moderados (entre 32 e 37 semanas).

Atualmente, cerca de 10% dos nascimentos no mundo são prematuros, o que representa um impacto significativo para a saúde global. As consequências da prematuridade podem surgir a curto, médio e longo prazo, afetando não apenas o desenvolvimento físico e emocional da criança, mas também as dinâmicas familiares, potenciando muitas vezes dificuldades na prestação de cuidados básicos e afetivos necessários para o RN (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2016).

A prematuridade está associada a diversos fatores de risco. Entre os mais comuns destacam-se interrupções anteriores da gravidez (voluntárias ou espontâneas), gestações múltiplas, partos prematuros prévios, infeções maternas ou fetais, anomalias genéticas ou cromossómicas e doenças crónicas da mãe, como diabetes, hipertensão, obesidade ou doenças cardíacas. Fatores

socioeconômicos, falta de acompanhamento pré-natal adequado e consumo de substâncias, como tabaco, álcool ou drogas, também podem contribuir para aumentar o risco. Além disso, condições psicológicas maternas, como ansiedade e *stress* encontram-se diretamente relacionadas à probabilidade de um parto prematuro (Costa, 2017).

A prematuridade continua a ser uma das principais causas de mortalidade infantil em crianças menores de cinco anos (OMS, 2016). Para os RN que sobrevivem é comum o desenvolvimento de dificuldades ao longo da vida, principalmente relacionadas com a aprendizagem, visão e audição. No entanto, os avanços na ciência e na tecnologia têm aumentado significativamente as taxas de sobrevivência, enquanto reduzem os riscos das sequelas graves (Souza, 2024).

Os RN prematuros frequentemente enfrentam condições de morbidade imediata, como anemia, displasia broncopulmonar, apneia, hipotermia, hemorragia periventricular, enterocolite necrosante, sepsis e necessidade de suporte nutricional (Delnord & Zeitlin, 2019). Essas complicações exigem intervenções médicas que incluem, na sua maioria, procedimentos invasivos, como ventilação mecânica através de entubação, administração de fármacos através de acessos venosos e nutrição entérica por via de sondas gástricas.

Além disso, o nascimento de um neonato e o baixo peso ao nascer aumentam o risco de atrasos globais no desenvolvimento, como sejam dificuldades na linguagem, motricidade, aprendizagem e no desenvolvimento neuropsicomotor (Toneli, 2024).

Sabe-se que a prematuridade interfere diretamente no crescimento e desenvolvimento cerebral, resultando em alterações como a redução do volume do cérebro, problemas no córtex e cerebelo, e falhas na mielinização. Essas condições estão associadas a déficits cognitivos e neurossensoriais, cuja gravidade pode variar de moderada a grave (Souza, 2024).

O contexto: A hospitalização do RN

A hospitalização do RN prematuro num Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais apresenta dois grandes focos de atenção interligados. Por um lado, a prioridade recai sobre a prestação de cuidados especializados e diferenciados ao RN com o objetivo de promover o seu desenvolvimento e crescimento saudável. Por outro lado, é fundamental considerar o impacto significativo que esta hospitalização tem sobre os pais, que enfrentam um período de ajuste emocional e psicológico, marcado pela necessidade de adaptação a um cenário inesperado e desafiador.

O desenvolvimento cerebral do RN de termo ocorre no ambiente intrauterino, protegido contra estímulos externos, com oferta contínua de nutrientes, temperatura estável e ritmos regulares (Monteiro, 2019). Em contraste, o RN prematuro é exposto ao ambiente dos cuidados intensivos que altera o curso natural do seu desenvolvimento sensorial.

Este ambiente pode provocar sobrecarga sensorial devido à dificuldade no processamento de estímulos táteis, auditivos, visuais e outros, o que prejudica o desenvolvimento do sistema nervoso central (Correia & Lourenço, 2020). Dessa forma, a atuação do enfermeiro deve focar-se na proteção do sono, na redução de manipulações excessivas, no controlo do ruído e da luminosidade, na gestão de procedimentos geradores de *stress* e dor, e na oferta de cuidados apropriados à idade gestacional, como posicionamento, alimentação e cuidados com a pele (Correia & Lourenço, 2020).

Paralelamente, o impacto da hospitalização sobre os pais não pode ser negligenciado. O ambiente hospitalar, muitas vezes desconhecido e ameaçador, potencia insegurança e experiências emocionalmente difíceis (Pontes, 2022). No caso de um RN prematuro, as preocupações são intensificadas pela fragilidade e instabilidade do mesmo, desencadeando altos níveis de ansiedade. Assim, o apoio emocional e a capacitação dos pais tornam-se tão cruciais quanto os cuidados ao RN, contribuindo para uma abordagem integrada e humanizada (Almohalha et al., 2022).

A hospitalização representa uma rutura significativa na dinâmica familiar e pode levar a uma crise na identidade parental (Sousa et al., 2023). O sentimento de responsabilidade de lidar com os cuidados complexos e especializados necessários ao prematuro exige dos pais resiliência, capacidade de adaptação e aprendizagem contínua. Essa experiência é marcada não apenas pela necessidade de compreender e participar no cuidado ao RN, mas também por um processo interno de reorganização emocional e redefinição de expectativas e papéis (Cá, 2021; Pontes, 2022).

De acordo com Sousa et al. (2023), a atitude dos pais ao lidar com a hospitalização é influenciada por múltiplos fatores, incluindo características intrínsecas dos próprios pais, dos enfermeiros e do RN. Nesse contexto, a postura dos pais é condicionada não apenas pela fragilidade e complexidade do estado de saúde do RN prematuro, mas também pela qualidade da assistência prestada pela equipa de enfermagem. Face a isso, a parceria de cuidados torna-se fundamental e deve ser guiada pelos objetivos terapêuticos previamente estabelecidos (Sousa, 2012).

O modelo de parceria de cuidados de Anne Casey (1988) fundamenta-se na negociação e no respeito pelos desejos da família, partindo do princípio de que os cuidados ao RN prematuro são melhor prestados pelos seus pais. Esse modelo prevê que, com o tempo e o suporte adequado, a intervenção dos profissionais de saúde torne-se desnecessária, uma vez que os pais estarão preparados para assumir os cuidados ao RN com confiança e autonomia. Através da negociação de cuidados, é possível construir uma relação de confiança com os pais, fornecendo suporte e orientação personalizada. Essa abordagem permite atender melhor às necessidades específicas que possam surgir, e ao mesmo tempo fortalecem a ligação emocional entre pais e filho (Alves, 2019).

A transição para a parentalidade

A transição para a parentalidade na prematuridade, à luz da teoria das transições, caracteriza-se como uma transição desenvolvimental que envolve profundas reconfigurações emocionais, cognitivas e comportamentais. O nascimento prematuro impõe uma rutura inesperada, desencadeando um ciclo de adaptação marcado por desafios singulares, que incluem a hospitalização do RN e a consequente separação inicial entre pais e o RN, além do impacto psicológico de lidar com incertezas quanto à sobrevivência e desenvolvimento da criança (Atanásio et al., 2023).

A vivência dessa transição desenvolvimental pode ser analisada em etapas interligadas. Inicialmente, há uma fase de choque e desorganização, durante a qual os pais frequentemente experimentam sentimentos de culpa, frustração e perda de controlo das situações, centrados mais no evento do nascimento do que no RN em si. Na sequência, surge uma fase de crise emocional caracterizada por uma ambivalência que pode oscilar entre o distanciamento temporário e a aproximação progressiva. Esta aproximação está associado ao domínio/controlo da situação, bem como à reconstrução da identidade parental. Por fim, na etapa de recuperação, ocorre a reorganização interna, marcada pelo fortalecimento da autoestima parental e pela consolidação do significado do papel de ser mãe/pai, num contexto de maior estabilidade emocional (Khasanah et al., 2024).

Do ponto de vista da teoria das transições, a experiência parental de prematuros reflete um fenómeno dinâmico, influenciado por múltiplos fatores contextuais, como o ambiente neonatal, o apoio de profissionais de saúde e a integração de estratégias de parceria nos cuidados. Elementos como a interiorização da responsabilidade pelo nascimento prematuro e os estigmas sociais associados podem agravar a dificuldade dessa transição, dificultando a vinculação. Por outro lado, intervenções efetivas, que incluem o acolhimento humano, a construção de competências parentais e a continuidade do suporte no período de regresso a casa, são fundamentais para facilitar a adaptação e promover o crescimento parental (Khasanah et al., 2024).

O RN prematuro, por sua vez, não vivencia uma transição face à sua condição, tal como descrito pela teoria, mas um processo de desenvolvimento marcado por necessidades intensas e específicas. Assim, a transição dos pais assume uma dimensão essencial, pois o seu ajuste emocional e comportamental é mediador do estabelecimento de uma relação responsiva e segura com o RN, elemento crítico para o desenvolvimento neuropsicomotor.

Assim, a transição para a parentalidade de pais de um prematuro não apenas exemplifica uma mudança desenvolvimental singular, mas também sublinha a interdependência entre fatores individuais, relacionais e contextuais no enfrentamento de um processo de mudança estruturante.

A Literacia em Saúde

No contexto da prematuridade, o papel dos pais é igualmente reconhecido como essencial para o desenvolvimento saudável do RN, sendo crucial oferecer-lhes suporte no desempenho do seu papel parental. Nesse sentido, a literacia em saúde aos pais emerge como uma componente que influencia diretamente a capacidade destes em promover a saúde, o bem-estar e o desenvolvimento integral do seu RN prematuro (Goes, 2019).

4.2. Clientes

Cliente

Recém-nascido | Idade: 12 dias | Masculino

Mãe/Pai

29-11-2024 15:00

29-11-2024 15:00 - Figura parental principal: mãe.

29-11-2024 15:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

29-11-2024 16:00

29-11-2024 16:00 - Figura parental principal: pai.

29-11-2024 16:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-11-29 15:00:00	Citrato de cafeína, 5mg, via endovenosa, 24h/24h (9h)	
2024-11-29 15:00:00	Leite Materno 3ml, via oral, 2h/2h	
2024-11-29 15:00:00	Budesonida 200µg, via inalatória 12/12h (7h/19h)	
2024-11-29 15:00:00	Fluconazol 3mg , solução injetável, via endovenosa (3ª e 5ª feiras às 12:00h)	

4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Citrato de Cafeína (European Commission, s.d.)

- Grupo medicamentoso/ação: Psicoanaléticos, derivados das xantinas.
- Indicação Terapêutica: tratamento de casos de apneia primária em RN.
- Contraindicações: hipersensibilidade à cafeína ou a algum dos seus excipientes.
- Reações adversas frequentes: taquicardia, hiperglicemia, flebite no local de administração.
- Cuidados de Enfermagem: monitorização da frequência cardíaca, monitorização da eliminação urinária, vigiar agitação/irritabilidade.

Fluconazol 3mg, solução injetável (Infarmed, 2023)

- Grupo medicamentoso/Ação: Antifúngicos. Atua através da inibição da síntese dos esteroides fúngicos, essenciais na membrana celular.
- Indicação terapêutica: Tratamento e profilaxia de infeções causadas por fungos. Neste caso foi administrado para prevenção de infeções fúngicas.
- Efeitos secundários: Diarreia, erupção cutânea.
- Cuidados na preparação e administração de medicamentos: A suspensão reconstituída deve ser conservada a temperatura ambiente, inferior a 30 °C e utilizada até 28 dias depois da sua abertura.
- Cuidados de Enfermagem: vigiar eliminação intestinal, vigiar a pele.

Budesonida, solução pressurizada (Infarmed, 2017)

- Grupo medicamentoso/ação: Antiasmático e broncodilatador. Anti-inflamatório. Glucocorticoides.
- Indicação Terapêutica: asma brônquica que necessita de tratamento de manutenção com

glucocorticosteroides para controlo de inflamação subjacente.

- Contraindicações: hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos seus excipientes.

- Reações adversas frequentes: candidíase oral, tosse.

- Cuidados de Enfermagem: vigiar características da pele e mucosas, vigiar a ventilação; vigiar agitação/irritabilidade.

O uso de câmara expansora em pediatria é recomendado para administrar aerossóis, pois diminui a velocidade com que o aerossol atinge a boca e possui válvulas antirretorno que retêm o medicamento até à inalação. Para uma utilização correta, a máscara deve cobrir totalmente o nariz e a boca, ser pressionada contra o rosto para garantir a selagem e permanecer cerca de 10 segundos ou 5 inspirações completas após a ativação do inalador, verificando o movimento da válvula. Após o uso, a câmara deve ser higienizada e guardada em local protegido (Aguar et al., 2017; American Heart Association, 2021).

No decorrer da administração da terapêutica previamente descrita, é imprescindível realizar um conjunto de vigilâncias sistemáticas e direcionadas aos principais domínios clínicos identificados para a conceção de cuidados, a fim de assegurar a eficácia da terapêutica e a segurança do RN prematuro, permitindo intervenções rápidas e efetivas caso ocorram eventos adversos. Assim, estes cuidados/vigilâncias são plasmados nos domínios: sistema cardiovascular, sistema respiratório, pele e mucosas, eliminação urinária, eliminação intestinal.

4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

29-11-2024 15:00

29-11-2024 15:00 - Oxigenoterapia

29-11-2024 15:00 - FiO₂: 25 %.

29-11-2024 15:00 - Assegurar oxigenoterapia

29-11-2024 15:00 - Manter oxigenoterapia

29-11-2024 15:00 - Ventilação não invasiva

29-11-2024 15:00 - Modo ventilatório: Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP).

29-11-2024 15:00 - Pressão expiratória positiva nas vias respiratórias (EPAP): 5 cm

H2O.

29-11-2024 15:00 - Frequência respiratória: 41 ciclos/min.

29-11-2024 15:00 - Débito de oxigénio: 6.00 L/min.

29-11-2024 15:00 - Assegurar ventilação não invasiva

29-11-2024 15:00 - Otimizar ventilação não invasiva [3h em 3h]

29-11-2024 15:00 - Incubadora

29-11-2024 15:00 - Temperatura: 31°C

29-11-2024 15:00 - Humidade: 35%

29-11-2024 15:00 - Assegurar funcionamento da incubadora

29-11-2024 15:00 - Otimizar incubadora [3h em 3h]

Sondas, Drenos e Cateteres

29-11-2024 15:00

29-11-2024 15:00 - Cateter central

29-11-2024 15:00 - Assegurar funcionamento do cateter

29-11-2024 15:00 - Otimizar cateter central [1x/turno]

29-11-2024 15:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter

29-11-2024 15:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter central [1x/turno]

29-11-2024 15:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter central

29-11-2024 15:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter central [1x/turno]

29-11-2024 15:00 - Referenciar sinais de complicações no local de inserção do cateter ao médico [SOS]

29-11-2024 15:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter central

29-11-2024 15:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter central [7 em 7 dias]

29-11-2024 15:00 - Sonda gástrica

29-11-2024 15:00 - Propósito terapêutico da sonda gástrica: administração de líquidos.

29-11-2024 15:00 - Características do dispositivo: silicone 05CH.

29-11-2024 15:00 - Determinar evolução da administração pela sonda

29-11-2024 15:00 - Avaliar evolução da administração pela sonda gástrica [2h em 2h]

29-11-2024 15:00 - Assegurar funcionamento da sonda

29-11-2024 15:00 - Otimizar sonda gástrica [2h em 2h]

29-11-2024 15:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com a sonda gástrica

29-11-2024 15:00 - Avaliar evolução do nível de inserção da sonda gástrica [2h em 2h]

29-11-2024 15:00 - Prevenir complicações relacionadas com sonda gástrica

29-11-2024 15:00 - Trocar sonda gástrica [a cada 3 dias]

29-11-2024 15:00 - Executar tratamento ao local de inserção da sonda gástrica [a cada 3 dias]

4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.

Incubadora

As incubadoras neonatais são equipamentos médicos essenciais concebidos para manter um ambiente neutro, controlando a temperatura corporal do RN e promovendo o seu desenvolvimento adequado (Camargos, 2022).

Atualmente, as incubadoras são dispositivos fechados, com uma secção superior transparente que permite visualizar e monitorizar o bebé. Estes equipamentos dispõem, normalmente, de uma ventoinha que circula o ar quente, um sistema para regular a temperatura interna, uma válvula para a adição de oxigénio e portas de acesso para os cuidados médicos e de enfermagem (Fernandes, 2020).

A incubadora funciona como uma interface entre o prematuro e o ambiente neonatal, criando um microambiente que é influenciado, principalmente, por quatro fatores: luz, som, humidade e campos eletromagnéticos. Por isso, é fundamental que o enfermeiro esteja atento e sensibilizado para mitigar os efeitos adversos desses fatores no RN.

Ventilação não invasiva

Os RN prematuros apresentam características anatómicas e fisiológicas que frequentemente necessitam de suporte respiratório, ajustado à idade gestacional e ao grau de desenvolvimento. A imaturidade das vias aéreas, aliada ao pequeno volume pulmonar, resulta num aumento da resistência das vias respiratórias e numa redução da *compliance* pulmonar. Estas condições levam a um esforço respiratório acrescido, que se traduz em dificuldade respiratória (Glasser & Wright, 2021).

Para enfrentar estes desafios, a ventilação não invasiva por CPAP é amplamente utilizada. O CPAP administra uma mistura de oxigénio e ar comprimido com pressão positiva contínua nas vias aéreas, visando corrigir a hipóxia, estabilizar a respiração, recrutar a capacidade funcional residual, prevenir atelectasias e melhorar as trocas gasosas. O uso deste método reduz a necessidade de ventilação invasiva e promove uma melhor oxigenação (Behnke et al., 2019).

Recomenda-se que a pressão utilizada esteja entre 5 e 8 cm H₂O, ajustada conforme a necessidade respiratória do recém-nascido. O fluxo de gás deve ser mantido entre 6 e 8 litros por minuto, assegurando uma administração contínua e eficiente. Além disso, a fração inspirada de oxigénio (FiO₂) deve ser regulada entre 0,30 e 0,40, com monitorização constante da saturação periférica de oxigénio, visando valores entre 90% e 95% (Lima, 2024).

Cuidados relacionados ao uso do CPAP:**1. Ajuste adequado do dispositivo:**

- Escolher *prongs* nasais e máscaras adequados ao peso e tamanho do RN;
- Garantir uma fixação confortável, evitando tração excessiva no nariz e reduzindo o peso da tubuladura;
- Proporcionar períodos de descanso nasal a cada 4 a 6 horas para prevenir complicações como deformidades, necrose ou perda sanguínea.

2. Prevenção de complicações:

- Ajustar as pressões para prevenir lesões como o pneumotórax;
- Aquecer e humidificar os gases respiratórios para proteger as vias aéreas frágeis;
- Aspiração regular de secreções acumuladas na boca e narinas;
- Humidificar as mucosas oral e nasal com soro fisiológico, prevenindo obstrução.

3. Monitorização e Manutenção:

- Inserir uma sonda gástrica em drenagem livre para evitar distensão gástrica;
- Monitorizar continuamente o sistema de CPAP, verificando conexões, a pressão exercida, o borbulhar no frasco de selo de água, nível de água e FiO₂;
- Trocar o sistema do CPAP semanalmente para reduzir o risco de infeção;
- Proteger a pele do RN com o uso de penso hidrocolóide nas áreas de contacto do dispositivo.

O uso cuidadoso do CPAP é uma abordagem eficaz para estabilizar a respiração dos prematuros, prevenir complicações e melhorar os resultados respiratórios e de desenvolvimento do RN (Behnke et al., 2019; Glasser & Wright, 2021; Lima, 2024).

Sonda gástrica

A sonda gástrica é um tubo flexível feito de policloreto de polivinila com tecnologia simples, sendo fixada externamente. Embora não existam evidências científicas que provem vantagens claras entre a passagem da sonda pela via oral ou nasal, o uso da sonda orogástrica é mais comum em RN. Isso ocorre porque, quando a sonda é inserida pela via aérea superior pode obstruir de 30 a 50% do ducto nasal, o que aumenta o esforço respiratório (Souza et al., 2022).

A administração de leite materno e/ou de fármacos é feita por meio da alimentação entérica, utilizando a gravidade com seringa (gavagem) ou por bomba infusora (gastróclise) (Nascimento

et al., 2019). Este método garante que o alimento percorra o trato digestivo superior e chegue diretamente ao estômago.

O processo de inserção de uma sonda gástrica em RN exige várias decisões, incluindo a escolha do tipo e tamanho do tubo, a medição da profundidade correta e o acompanhamento contínuo da sonda. A correta colocação da sonda é fundamental para assegurar a alimentação entérica eficaz e segura, dependendo muito da estratégia de medição utilizada (Souza et al., 2022). As técnicas mais recomendadas para medição incluem a NEX (nariz-orelha-xifoide) e a NEMU (nariz-orelha-metade da distância entre o xifoide e a cicatriz umbilical). No entanto, a técnica NEX tem um risco maior de posicionar a ponta da sonda acima da união gastroesofágica, o que pode ser evitado pela utilização da NEMU (Silva et al., 2023).

Após a colocação da sonda, é essencial confirmar a sua posição. Embora o exame radiológico seja uma das formas mais precisas, a auscultação da região epigástrica tem sido desaconselhada, pois pode gerar erros. A presença de secreções ou a avaliação da cor dessas secreções também pode ser confusa, pois as secreções brônquicas e endotraqueais podem ter uma aparência similar à secreção gástrica. Portanto, atualmente, a maneira mais segura e recomendada para confirmar o posicionamento da sonda é testar o pH com tiras reagentes. Se o pH for $\leq 5,5$, a sonda está corretamente posicionada no estômago; se for superior a 5,5, deve realizar-se a confirmação radiológica (Souza et al., 2022).

É importante frisar que antes de cada utilização da sonda, deve verificar-se a sua localização precisa, a fim de minimizar os riscos de complicações, como a broncoaspiração.

Quanto ao tempo de permanência da sonda, a literatura não estabelece um consenso definitivo, mas sugere que a sonda não deve permanecer mais de 7 dias, pois o material pode perder flexibilidade e causar lesões (Nascimento et al., 2019).

4.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
29-11-2024 15:00	Sensações somáticas	
29-11-2024 15:00	Reflexo de sucção	
29-11-2024 15:00	Sistema respiratório	
29-11-2024 15:00	Sistema cardiovascular	
29-11-2024 15:00	Eliminação intestinal	
29-11-2024 15:00	Eliminação urinária	
29-11-2024 15:00	Pele e mucosas	
29-11-2024 15:00	Termorregulação	
29-11-2024 15:00	Volume de líquidos	

Início	Domínios	Fim
29-11-2024 15:00	Sono	
29-11-2024 15:00	Comportamentos de ligação mãe/pai-filho	
29-11-2024 15:00	Comportamentos de ligação filho-mãe/pai	
29-11-2024 15:00	Desenvolvimento físico	
29-11-2024 15:00	Recém-nascido	
29-11-2024 15:00	Atitudes terapêuticas	
29-11-2024 15:00	Sondas, Drenos e Cateteres	

4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

O EEESIP desempenha um papel fundamental na coordenação e execução de cuidados, com foco na estabilização e na monitorização contínua das funções vitais do RN prematuro (Ferreira, 2023).

Face à complexidade clínica, cabe ao enfermeiro identificar um conjunto de domínios que possibilitam a compreensão do estado clínico do cliente e, posteriormente, a prescrição de intervenções de enfermagem adequadas.

Os **sistemas respiratório e cardiovascular** estão estreitamente ligados na manutenção da homeostase e na adaptação extrauterina do RN prematuro: devido à maturação pulmonar incompleta, é possível compreender o compromisso nas trocas gasosas e a incapacidade na mecânica respiratória (Vasconcelos, 2022). Essa condição pode levar ao colapso alveolar, manifestando-se como desconforto respiratório logo nas primeiras horas de vida, o que frequentemente exige suporte ventilatório, invasivo ou não invasivo, para garantir uma ventilação e oxigenação adequadas. Nesse sentido, eventuais episódios de hipoxia podem desencadear alterações significativas no sistema cardiovascular, como bradicardia, hipertensão pulmonar persistente e diminuição do débito cardíaco. Essas alterações ocorrem devido à redução na oxigenação tecidual, provocando uma resposta compensatória do organismo para preservar órgãos vitais, como o cérebro e o coração, mas que, paradoxalmente, podem agravar o quadro clínico (Vasconcelos, 2022).

Reconhece-se que os RN possuem maior sensibilidade à **dor** em comparação com outras faixas etárias. No entanto, é essencial considerar que os RN pré-termo apresentam uma resposta à dor (**sensações somáticas**) ainda mais exacerbada, devido à imaturidade do sistema nervoso (Silva, 2022). Essa realidade reforça a importância do controlo adequado da dor no período neonatal, uma vez que falhas nesse cuidado podem levar a alterações no desenvolvimento durante a primeira infância, com efeitos prejudiciais permanentes para as crianças (Miatello et al., 2019; Gimenez et al., 2020, citados por Albuquerque, 2022).

Assim, o RN com dor demonstra sinais claros dessa condição, envolvendo respostas fisiológicas,

como alterações cardiorrespiratórias, e mudanças comportamentais, principalmente visíveis na expressão facial, no choro e na irritabilidade. Outros indícios incluem alterações no padrão alimentar e no ciclo vigília-sono (Silva, 2022). Para garantir uma assistência integral ao RN, uso de instrumentos de avaliação é essencial para orientar o profissional, não apenas em relação à evolução do cliente, mas também para possibilitar a elaboração de uma conceção de cuidados adequada e dirigida.

Atualmente, existem diversos instrumentos para a avaliação da dor no RN, sendo a escala EDIN considerada pela DGS (DGS, 2010) como a escala de referência para os Serviços de Neonatologia em RN de termo e pré-termo, a partir da 25ª semana de idade gestacional. Essa escala contempla cinco parâmetros comportamentais: expressão facial, movimentos corporais, qualidade do sono, qualidade da interação e reconforto. A pontuação individual de cada parâmetro varia entre 0 e 3, e a cotação total é medida numa escala de 0 a 15 pontos. A pontuação 0 indica ausência de dor, de 1 a 4 corresponde a dor leve, de 5 a 8 representa dor moderada, de 9 a 12 evidencia dor intensa e de 13 a 15 reflete dor muito intensa. A intervenção farmacológica é indicada para pontuações a partir de 5 pontos (Silva, 2022).

Após o nascimento, a **termorregulação** é uma necessidade crucial do RN. De acordo com a OMS, a temperatura do RN é considerada normal quando se encontra na faixa entre os 36,5 e 37,5°C. As temperaturas corporais fora deste intervalo representam uma ameaça à homeostase, podendo levar a distúrbios metabólicos e a outras complicações que elevam o risco de morbimortalidade neonatal (Martins et al., 2019 como citado em Dantas, 2021).

O RN pré-termo é especialmente vulnerável ao desequilíbrio da temperatura corporal devido à imaturidade de mecanismos cruciais para a termorregulação, como a produção limitada de calor e a dificuldade em conservar energia térmica (Amorim, 2019). Um dos fatores que intensificam essa fragilidade é a condição peculiar da pele do prematuro que é aproximadamente 30% mais fina e mais delicada em comparação com a de um RN de termo. Além disso, permanece em processo de desenvolvimento até às 34 semanas de idade gestacional (Tenfen, 2024), o que a torna mais propensa a irritações, reações alérgicas e infeções devido à sua barreira protetora insuficientemente formada (SBP, 2021).

Por outro lado, a **pele** do RN prematuro é frequentemente submetida a procedimentos que exigem rigorosa assepsia, como colheita de amostras e a utilização ou fixação de diversos dispositivos médicos, incluindo tubos orotraqueais, cânulas nasais, sondas gástricas, cateteres, sensores e fraldas. O contacto direto e contínuo desses materiais com a pele imatura aumenta significativamente o risco de lesões cutâneas e compromete a sua integridade (Sales, 2021 como citado em Tenfen, 2024).

Nesse contexto, a prevenção e o cuidado com a pele dos RN tornam-se um aspeto crítico das práticas de enfermagem, exigindo estratégias específicas e intervenções direcionadas para minimizar os danos e promover a integridade cutânea.

Ao mesmo tempo, além de uma limitação na **eliminação intestinal**, a microbiota intestinal de um bebê prematuro apresenta diferenças significativas em relação à dos RN de termo, com uma ausência marcante de bactérias benéficas, especialmente as bifidobactérias (Vardasca, 2017). Paralelamente, a imaturidade do trato gastrointestinal nos prematuros compromete o desenvolvimento adequado dos mecanismos de defesa intestinal, tornando-os mais suscetíveis a infecções e complicações como a enterocolite necrosante. Essa combinação de fatores aumenta a vulnerabilidade dos prematuros a distúrbios intestinais e dificulta a manutenção da saúde digestiva e imunológica (Girbal, 2022).

A enterocolite necrosante é uma doença inflamatória aguda característica do período neonatal, na qual porções do intestino sofrem necrose, variando desde o envolvimento da mucosa até ao comprometimento de todas as camadas intestinais. Afeta principalmente prematuros nascidos entre as 30 e 32 semanas de gestação, com uma incidência de 1 a 3 em cada 1000 nados vivos, ocorrendo com frequência igual em ambos os sexos. O diagnóstico é geralmente feito na segunda semana de vida. Os sinais clínicos típicos incluem distensão abdominal, diarreia, presença de sangue nas fezes e eritema da parede abdominal (Rebelo, 2022).

Além disso, a imaturidade renal nos prematuros está associada à incapacidade de filtrar adequadamente alguns eletrólitos e ácidos em excesso, o que pode provocar alterações metabólicas. Isso torna a monitorização da **eliminação urinária** essencial para o cuidado desses neonatos (Gomes, 2017).

No contexto da Neonatologia, a manutenção do **equilíbrio hidroeletrólítico** é uma prioridade essencial, dado que os RN, especialmente os prematuros, apresentam uma imaturidade fisiológica que os torna particularmente vulneráveis a alterações nesse equilíbrio. Assim, a prevenção e o controlo rigoroso dessas alterações são determinantes para garantir a estabilidade hemodinâmica, a homeostase e, consequentemente, a sobrevivência do RN.

O corpo necessita de manter adequadamente as concentrações de líquidos e eletrólitos para o funcionamento normal das células. Esse equilíbrio é regulado por sistemas de controlo neuroendócrinos e pode ser alterado em condições patológicas (Gomes, 2017).

A aquisição de competências alimentares eficientes é essencial para o crescimento, o desenvolvimento e o bem-estar geral dos RN. **A sucção** e a deglutição representam capacidades fundamentais que precedem a alimentação oral independente e contribuem significativamente para o desenvolvimento da autorregulação (Orovou et al., 2022 como citado em Coriaty, 2024).

De acordo com a literatura, a deglutição está desenvolvida por volta da 11ª semana de gestação, enquanto que a coordenação de sucção, respiração e deglutição por volta da 34ª semana gestacional (Silva, 2023). Nesse sentido, a prática de enfermagem, visa a implementação de estratégias e cuidados específicos para estimular a sucção no prematuro,

visando garantir a integração adequada dos sistemas neurológicos, musculares e respiratórios (São Bento, 2023).

Embora os cuidados intensivos sejam indispensáveis para a sobrevivência dos RN, o ambiente frequentemente desafiador e imprevisível, marcado pela exposição constante à luz, altos níveis de ruído e intervenções frequentes e não programadas, pode comprometer o **sono**, prejudicando a recuperação da saúde prematuro (Cordeiro & Carvalho, 2019).

O sono, principal estado comportamental do RN pré-termo, é uma necessidade básica essencial desempenhando um papel vital na manutenção da plasticidade cerebral, maturação do sistema nervoso central, consolidação da memória, aprendizagem, manutenção da energia, regulação térmica, fortalecimento da imunidade, além de promover a síntese proteica e hormonal (Correia & Lourenço, 2020).

A privação ou perturbação do sono no início da vida causa não só desconforto ao neonato, como também pode resultar em consequências duradouras, como défices cognitivos, dificuldades de atenção, maior suscetibilidade a doenças e alterações comportamentais e sociais (Correia & Lourenço, 2020).

Reconhecendo a importância do sono no desenvolvimento dos RN, é essencial priorizá-lo sempre que possível, adotando estratégias neuro-protetoras como parte integrante dos cuidados diários.

A prática do Enfermeiro concentra-se também em realizar uma avaliação abrangente do estado de saúde do RN prematuro, considerando variáveis como peso, comprimento, idade gestacional e condições clínicas. Essa análise detalhada permite ao Enfermeiro compreender as especificidades do neonato e planejar intervenções adequadas (Oliveira & Santos, 2024). A avaliação do crescimento dos recém-nascidos é um procedimento padrão, com os resultados frequentemente expressos em percentis. As medidas antropométricas incluem peso, comprimento e perímetro cefálico, que são fundamentais para monitorizar o **desenvolvimento físico do RN**. Além disso, com o início da alimentação, a monitorização do peso corporal assume um papel essencial como indicador de evolução clínica. Essa prática possibilita ajustes nas necessidades calóricas e na terapêutica, assegurando um suporte nutricional adequado.

Sabe-se que uma **vinculação** segura e saudável é essencial para promover o desenvolvimento emocional e social positivo ao longo da vida (Ramos & Barberi-Figueiredo, 2020). De acordo com a teoria de Bowlby (1998), a vinculação compreende um conjunto de etapas nas quais os indivíduos procuram a proximidade com o objetivo principal de obter proteção, afeição e segurança (Silva, 2014). Essas etapas refletem um processo contínuo de desenvolvimento que ocorre nos primeiros anos de vida da criança, manifestando-se até os 3 ou 4 anos de idade.

No caso do RN apresentado, espera-se que se encontre na fase de pré-vinculação, conforme descrito por Ainsworth. Esta fase, que ocorre até os 2 meses de vida, antecede a vinculação

propriamente dita. Durante esse período, o RN ainda não é capaz de diferenciar claramente uma pessoa da outra e os seus comportamentos não são direcionados a uma pessoa específica, não sendo, portanto, considerados comportamentos de vinculação. Dada essa realidade, o enfermeiro desempenha um papel essencial na promoção da **ligação filho/mãe-pai** criando condições favoráveis para o desenvolvimento saudável dessa ligação.

De acordo com Sousa et al. (2023), a hospitalização de um filho coloca os pais numa situação de vulnerabilidade, tornando-os dependentes da equipa hospitalar para se sentirem aptos a cuidar da criança. Este contexto é frequentemente marcado por incertezas e desorganização, dificultando o esforço dos pais em reconhecer e assumir plenamente as suas responsabilidades parentais (Bazzan et al., 2020). Além disso, o internamento do bebé pode interromper o vínculo natural entre pais e filho, levando a alterações na dinâmica da relação (Sousa, 2012).

Nesse cenário, é crucial estabelecer uma parceria de cuidados entre enfermeiros e pais, garantindo que a criança receba afeto, conforto e segurança. Essa colaboração também fomenta um exercício parental confiante e alinhado às necessidades do recém-nascido. Para avaliar e promover a ligação entre os pais e o neonato, o domínio **comportamento de ligação mãe/pai-filho** foi selecionado como referência.

O período neonatal, correspondente à faixa etária do **recém-nascido**, configura o estadio inicial do cliente abordado nesta conceção de cuidados. No decorrer do seu percurso desenvolvimental este reúne um conjunto de necessidades específicas que devem ser progressivamente colmatadas pelos pais, com vista ao desempenho adequado do papel parental. Nesse sentido, no âmbito da execução da presente conceção de cuidados, com recurso à plataforma E4nursing, torna-se necessário a seleção do domínio do RN de forma a que aspetos centrais do papel parental possam ser considerados.

4.6. Conceção de Cuidados

Sensações somáticas

29-11-2024 15:00

29-11-2024 15:00 - Sem manifestação de dor.

29-11-2024 15:00 - Determinar sinais de dor

29-11-2024 15:00 - Avaliar evolução de sinais de dor

29-11-2024 16:00 - Sem manifestação de dor [MANTEVE].

Reflexo de sucção

29-11-2024 15:00

29-11-2024 15:00 - Com acanolamento da língua.

29-11-2024 15:00 - Sem peristaltismo da língua.

29-11-2024 15:00 - Sem força de sucção.

29-11-2024 15:00 - Reflexo de sucção comprometido

29-11-2024 15:00 - Determinar evolução do reflexo de sucção

29-11-2024 15:00 - Avaliar evolução do reflexo de sucção [1x/ turno]

29-11-2024 15:00 - Promover reflexo de sucção

29-11-2024 15:00 - Estimular o reflexo de sucção [2h em 2h , exceto se o recém-nascido se encontrar a dormir]

Sistema respiratório

29-11-2024 15:00

29-11-2024 15:00 - Frequência respiratória: 45 ciclos/min.

29-11-2024 15:00 - Ritmo respiratório irregular.

29-11-2024 15:00 - Movimento respiratório simétrico.

29-11-2024 15:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.

29-11-2024 15:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

29-11-2024 15:00 - Sem adejo nasal.

29-11-2024 15:00 - Saturação do oxigénio no sangue

29-11-2024 15:00 - Periférico(a): 98 %.

29-11-2024 15:00 - Mobiliza as secreções das vias aéreas acumulando-as ao nível supraglótico.

29-11-2024 15:00 - Sons respiratórios: normais.

29-11-2024 15:00 - Secreções em moderada quantidade.

29-11-2024 15:00 - Secreções viscosas.

29-11-2024 15:00 - Secreções esbranquiçadas.

29-11-2024 15:00 - Limpeza da via aérea comprometida

29-11-2024 15:00 - Determinar evolução da limpeza da via aérea

29-11-2024 15:00 - Avaliar evolução da limpeza da via aérea [3h em 3h]

29-11-2024 15:00 - Melhorar limpeza da via aérea

29-11-2024 15:00 - Aspirar via aérea [6h em 6h]

29-11-2024 15:00 - Posicionar para facilitar a limpeza da via aérea [6h em 6h - Antes da realização da aspiração da via aérea]

29-11-2024 15:00 - Ventilação comprometida

29-11-2024 15:00 - Determinar evolução da ventilação

29-11-2024 15:00 - Avaliar evolução da ventilação

29-11-2024 16:00 - Frequência respiratória: 35 ciclos/min.

29-11-2024 16:00 - Ritmo respiratório irregular [MANTEVE].

29-11-2024 16:00 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

29-11-2024 16:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MANTEVE].

29-11-2024 16:00 - Saturação do oxigénio no sangue

29-11-2024 16:00 - Periférico(a): 97 %.

29-11-2024 16:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].

29-11-2024 15:00 - Referenciar ventilação comprometida ao médico [SOS]

29-11-2024 15:00 - Referenciar saturação do oxigénio no sangue ao médico [SOS]

29-11-2024 15:00 - Melhorar ventilação

29-11-2024 15:00 - Posicionar para otimizar a ventilação [6h em 6h]

Sistema cardiovascular

29-11-2024 15:00

29-11-2024 15:00 - Localização do Pulso

29-11-2024 15:00 - Pé Direita(o)

29-11-2024 15:00 - Frequência do pulso: 125 pulsações por minuto.

29-11-2024 15:00 - Pulso rítmico.

29-11-2024 15:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

29-11-2024 15:00 - Membro inferior Esquerda(o)

29-11-2024 15:00 - Pressão sanguínea sistólica: 75 mmHg.

29-11-2024 15:00 - Pressão sanguínea diastólica: 54 mmHg.

29-11-2024 15:00 - Determinar evolução do ritmo cardíaco

29-11-2024 15:00 - Avaliar evolução de sinais de arritmia

29-11-2024 16:00 - Localização do Pulso

29-11-2024 16:00 - Pé Direita(o)

29-11-2024 16:00 - Pulso rítmico.

29-11-2024 16:00 - Frequência do pulso: 125 pulsações por minuto.

29-11-2024 15:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea

29-11-2024 15:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [1h/ 1h]

Eliminação intestinal

29-11-2024 15:00

29-11-2024 15:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais.

29-11-2024 15:00 - Quantidade de fezes: 7 ml.

29-11-2024 15:00 - Consistência das fezes: Fezes moles.

29-11-2024 15:00 - Coloração das fezes: amarelada.

29-11-2024 15:00 - Determinar evolução da eliminação intestinal

29-11-2024 15:00 - Avaliar evolução da eliminação intestinal [3h em 3h]

Eliminação urinária

29-11-2024 15:00

29-11-2024 15:00 - Quantidade de urina: 11 ml.

29-11-2024 15:00 - Cor da urina: incolor.

29-11-2024 15:00 - Cheiro da urina: "sui generis".

29-11-2024 15:00 - Determinar evolução da eliminação urinária

29-11-2024 15:00 - Avaliar evolução da eliminação urinária [3h em 3h]

Pele e mucosas

29-11-2024 15:00

29-11-2024 15:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

29-11-2024 15:00 - Determinar evolução da integridade dos tecidos

29-11-2024 15:00 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [1x/ turno]

Termorregulação

29-11-2024 15:00

29-11-2024 15:00 - Temperatura corporal periférica

29-11-2024 15:00 - Região axilar: 36.70 °C.

29-11-2024 15:00 - Determinar evolução da temperatura corporal

29-11-2024 15:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal [3h em 3h]

Volume de líquidos

29-11-2024 15:00

29-11-2024 15:00 - Pele hidratada.

29-11-2024 15:00 - Fontanelas normais.

Sono

29-11-2024 15:00

29-11-2024 15:00 - Dormiu por períodos longos.

29-11-2024 15:00 - Determinar evolução do sono

29-11-2024 15:00 - Avaliar evolução do sono

29-11-2024 16:00 - Dormiu por períodos longos.

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

29-11-2024 15:00

29-11-2024 15:00 - Comportamentos de ligação mãe-filho: facilitador.

29-11-2024 15:00 - Comportamentos de ligação pai-filho: facilitador.

29-11-2024 15:00 - Determinar evolução da ligação mãe/pai-filho

29-11-2024 15:00 - Avaliar evolução da ligação mãe-filho [1x/ turno]

29-11-2024 15:00 - Avaliar evolução da ligação pai-filho [1x/ turno]

Comportamentos de ligação filho-mãe/pai

29-11-2024 15:00

29-11-2024 15:00 - Comportamentos de vinculação: não procura atrair a presença do adulto com o choro, sorriso, balbuciar, olhar ou agitando os braços.

29-11-2024 15:00 - Vinculação

29-11-2024 15:00 - Determinar evolução da vinculação

29-11-2024 15:00 - Avaliar evolução da vinculação [1x/ turno]

29-11-2024 15:00 - Promover vinculação

29-11-2024 16:00 - Executar técnica de pele com pele [Neste contacto e de acordo com a disponibilidade mãe/pai]

29-11-2024 15:00 - Planear a participação da mãe/pai nos cuidados [de acordo com a disponibilidade mãe/pai]

29-11-2024 15:00 - Promover papel parental especial: vinculação

29-11-2024 15:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre promoção da vinculação: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

29-11-2024 15:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre promoção da vinculação

29-11-2024 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre promoção da vinculação [Após informoterapia]

29-11-2024 15:00 - Ensinar mãe/pai sobre vinculação [Neste contacto]

29-11-2024 15:00 - Ensinar mãe/pai sobre técnica de pele com pele [Neste contacto]

Desenvolvimento físico

29-11-2024 15:00

- 29-11-2024 15:00 - Peso: 0.86 Kg.
- 29-11-2024 15:00 - Percentil do peso: P(1).
- 29-11-2024 15:00 - Comprimento/Altura: 36.00 cm.
- 29-11-2024 15:00 - Percentil do comprimento: P(1).
- 29-11-2024 15:00 - Perímetro cefálico: 23.50 cm.
- 29-11-2024 15:00 - Percentil do perímetro cefálico: P(1).
- 29-11-2024 15:00 - Índice de massa corporal: 6.64 Kg/m².
- 29-11-2024 15:00 - Percentil do índice de massa corporal: P(1).

29-11-2024 15:00 - Crescimento

29-11-2024 15:00 - Determinar evolução do crescimento

29-11-2024 15:00 - Avaliar evolução do crescimento [2 em 2 dias]

29-11-2024 15:00 - Referenciar estado do crescimento ao médico [a cada 2 dias]

Recém-nascido

29-11-2024 15:00

29-11-2024 15:00 - Recém-nascido

29-11-2024 15:00 - Determinar evolução do coto do cordão umbilical

29-11-2024 15:00 - Avaliar evolução do estado do coto do cordão umbilical [1x/turno]

29-11-2024 15:00 - Substituir mãe/pai nas atividades para satisfazer necessidades desenvolvimentais

29-11-2024 15:00 - Dar banho [a cada 4 dias]

29-11-2024 15:00 - Executar cuidados de higiene oral [6h em 6h]

29-11-2024 15:00 - Trocar fralda [3h em 3h / 6h em 6h]

29-11-2024 15:00 - Tratar do coto do cordão umbilical [1x/turno]

29-11-2024 15:00 - Vestir/despir [SOS]

29-11-2024 15:00 - Implementar estratégias de promoção do sono

29-11-2024 15:00 - Implementar medidas de segurança

29-11-2024 15:00 - Implementar estratégias de promoção do desenvolvimento infantil

29-11-2024 15:00 - Promover papel parental desenvolvimental: higiene e conforto

29-11-2024 15:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre higiene do recém-nascido: facilitador.

29-11-2024 15:00 - Capacidade da mãe/pai para cuidar da higiene do recém-nascido: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

29-11-2024 15:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar capacidade para cuidar da higiene do recém-nascido

29-11-2024 15:00 - Avaliar evolução da capacidade da mãe/pai para cuidar da higiene do recém-nascido [Após realização da instrução e treino da troca da

fralda]

29-11-2024 15:00 - Instruir mãe/pai a trocar fralda [Neste contacto]

29-11-2024 15:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: higiene e conforto [Após indicadores de processo facilitadores]

29-11-2024 15:00 - Promover papel parental desenvolvimental: sono/repouso

29-11-2024 15:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre sono do recém-nascido: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

29-11-2024 15:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre sono do recém-nascido

29-11-2024 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre sono do recém-nascido [Após informoterapia]

29-11-2024 15:00 - Ensinar mãe/pai sobre sono [Neste contacto]

29-11-2024 15:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: sono/repouso [Após indicadores de processo facilitadores]

4.7. Especificação das intervenções

Dar banho

- Realizar o banho contido no interior da incubadora utilizando água e compressas de algodão, seguindo os passos:
- Preparar a incubadora: Elevar a temperatura da incubadora em 1°C e colocar as toalhas dentro dela para pré-aquecimento.
- Preparar o RN: Manter o RN envolvido numa manta ou lençol durante o procedimento.
- Imersão controlada: Realizar a imersão do RN no equipamento do banho, mantendo-o sempre envolvido para proporcionar conforto e segurança.
- Higienização por partes: Lavar cuidadosamente cada parte do corpo com compressas umedecidas em água morna, mantendo o RN protegido.
- Secagem: Secar o RN com delicadeza, mantendo-o sempre em contenção para promover estabilidade e conforto.

Aspirar via aérea

- Aspirar via aérea com sonda n.º 6 (A aspiração de secreções nasais e vias aéreas distais permite remover, de forma temporária, as secreções e reduzir a obstrução respiratória, o que facilita o mecanismo respiratório e as trocas gasosas que se realizam (Milési et al., 2023)).

Estimular o reflexo de sucção

- Técnicas de sucção não nutritiva ajudam a estimular a maturação da sucção e promover o ganho de peso em bebés prematuros com falta de coordenação de sucção.
- Embeber o cotonete com leite (materno, se disponível) e passá-lo primeiramente em torno dos lábios.

- Se o RN abrir a boca, passar o cotonete embebido com leite (materno, se disponível) nas gengivas, nas criptas gengivais, no interior das bochechas e no palato duro.
- Quando o RN colocar a língua em posição de mamar, deixá-lo realizar sucção no cotonete.
- Ao alimentar através da sonda gástrica, permitir que o RN realize sucção no polegar, dedos ou na chupeta.
- (Coriaty, 2024); (Raiol et al., 2022)

Trocar fralda

- Planejar o momento da mudança da fralda de forma a causar menor impacto no sono e equilíbrio dos parâmetros vitais.
- Preparar o material necessário: fralda, compressas de algodão, água.
- Proceder à avaliação do peso da fralda removida para calcular com maior rigor a quantidade de fluidos eliminados.

Implementar estratégias de promoção do desenvolvimento infantil

- Utilizar posicionamentos promotores do conforto, em posição de flexão, com alinhamento pela linha média, com auxílio de suportes macios promovendo o saudável desenvolvimento muscular.
- Proteger os olhos da luz intensa durante a prestação de cuidados, o escurecimento do ambiente propicia a abertura dos olhos.
- Limitar a intensidade e número de fontes de ruído: falar com tom de voz suave em conformidade com o estado, comportamento e necessidades manifestadas.
- Minimizar a quantidade e frequência da manipulação, promovendo a organização comportamental e estimulação tátil positiva, com auxílio de materiais de contenção.
- Promover sucção não nutritiva, durante a alimentação através da sonda gástrica.
- (Marques et al., 2024).

Ensinar mãe/pai sobre técnica de pele com pele

- Método de Canguru. Este contacto pele a pele deve ter uma duração mínima de 1h, sendo que depende também do comportamento do bebé
- Os pais conseguem observar o bebé numa posição que remete àquela ocupada no útero, proporcionando conforto e tranquilidade para os mesmos. Essa prática favorece a construção da parentalidade e estimula interações positivas com os RN.
- O contato pele a pele contribui principalmente para o controlo da termorregulação do recém-nascido e na formação do vínculo pais-bebé.
- (Albuquerque et al., 2024).

Ensinar mãe/pai sobre vinculação

- Explicar que a vinculação é um processo contínuo de construção de uma relação afetiva segura entre os pais e o bebé.
- Incentivar os pais a assumirem responsabilidades nos cuidados básicos, como: trocar fraldas; limpar o coto umbilical.
- Explicar que falar com tom suave e tocar gentilmente ajuda o bebé a acalmar e a reconhecer os pais como figuras principais.
- Explicar a importância de respeitar o ritmo do RN: observar os sinais de stress ou

conforto. Adaptar o nível de interação ao estado de alerta ou descanso do RN.

- (Bazzan et al., 2020); (Ramos & Barberi-Figueiredo, 2020)

Implementar medidas de segurança

- Garantir que a incubadora tem as rodas travadas.
- Manter as portas de incubadora fechadas quando não estão a ser prestados cuidados
- Verificar que o sistema de aspiração está ligado e funcionante.
- Verificar que o insuflador manual encontra-se presente e funcionante.
- Assegurar que o RN tem pulseira de identificação.

Instruir mãe/pai a trocar fralda

- Explicar à mãe que antes de iniciar a mudança da fralda, é facilitador ter os materiais necessários prontos a ser utilizados, de forma a não perturbar o RN demasiado com esta manipulação.
- Explicar à mãe que as compressas e a fralda se encontram na gaveta em baixo da incubadora, devendo colocá-las perto, de forma a ser de mais fácil acesso.
- Explicar à mãe que a água deve ser morna, sem necessidade de adição de gel ou sabão neutro.
- Explicar à mãe que a mudança de fralda deve ocorrer em posição lateral, mantendo o RN em contenção.
- Evitar a elevação dos membros inferiores a cima do nível da cabeça.
- Explicar à mãe que as fraldas apresentam um número escrito que equivale ao peso da fralda em gramas, o que permite o cálculo da urina/fezes eliminadas, devendo a fralda ser mantida até o seu peso ser avaliado.
- Explicar à mãe, que os movimentos de limpeza devem ser direcionados de cima para baixo, sem utilizar a mesma face da compressa duas vezes, pelo risco de infeção urinária.
- Explicar à mãe, que o momento da troca da fralda constitui um momento privilegiado de observação do abdómen, bem como da pele da zona genital e anal, sendo indicado a colocação de cremes de barreira, se surgir vermelhidão ou sinais de irritação cutânea.

Implementar estratégias de promoção do sono

- Diminuir a intensidade da luz na sala de cuidados intensivos neonatais.
- Diminuir os estímulos sonoros compreendendo a causa dos alarmes sonoros oriundos do monitor contínuo de parâmetros vitais.
- Agrupar os cuidados de enfermagem e minimizar a manipulação, sempre que possível, de forma a respeitar os ciclos de sono.
- Utilizar a cobertura da incubadora de forma a diminuir a incidência da luz.
- (Correia & Lourenço, 2020).

Executar cuidados de higiene oral

- Durante a prestação de cuidados ou sempre que necessário, realizar a limpeza dos lábios e mucosa oral utilizando uma compressa de algodão embebida em leite materno ou água esterilizada.

Otimizar sonda gástrica

- Verificar o nível de inserção da sonda gástrica antes de cada utilização, de acordo com o

previamente registado.

- Verificar a fixação da sonda gástrica antes de cada utilização.

Planear a participação da mãe/pai nos cuidados

- Informar e negociar com a mãe/pai sobre o plano diário relativo aos momentos oportunos para a prestação de cuidados ao RN, incentivando-os a observar e a participar.

Ensinar mãe/pai sobre sono

- Informar sobre a importância do respeito pelos períodos do sono na promoção do desenvolvimento neurológico.
- Explicar a importância da manipulação mínima durante os períodos de sono.
- Informar que os RN dormem em média 16 a 18 horas por dia.
- Informar que o sono do RN prematuro é constituído por diferentes fases.
- Durante o sono leve, ocorre aumento da atividade fisiológica, com irregularidade nos batimentos cardíacos e na respiração, fortemente associada ao crescimento cerebral. Nesta fase, o RN é mais sensível a estímulos externos.
- Durante o sono profundo, não há movimentos rápidos dos olhos, sendo um momento crucial para a regeneração celular, síntese proteica e liberação de hormonas como insulina, melatonina e hormonas do crescimento, essenciais para o crescimento e desenvolvimento do RN.
- (Correia & Lourenço, 2020).

Tratar do coto do cordão umbilical

- A recomendação é que o coto umbilical seja mantido apenas limpo e seco.
- O uso tópico de antissépticos, como clorexidina ou álcool 70% torna-se dispensável, pois não reduzem significativamente o risco de onfalite.
- (WHO, 2017 como citado em SBP, 2024).

Posicionar para facilitar a limpeza da via aérea

- Nos recém-nascido pré-termo, a incubadora deve ficar numa elevação a 30 graus (Paiva, 2022).

Otimizar ventilação não invasiva

- Manter posicionamento correto dos interfaces respiratórios: prongs/máscara do CPAP.
- Realizar alternância entre o uso de prongs e máscara do CPAP.

Otimizar incubadora

- Vigiar a temperatura e humidade da incubadora.
- Manter as portas sempre fechadas.
- Realizar troca de incubadora para higienização a cada 7 dias .
- (Brito et al., 2022).

Executar técnica de pele com pele

- Antes de iniciar, ter em atenção o ambiente à volta da incubadora, intensidade da luz e ruído.
- O pai deve vestir a faixa de canguru.

- Observar o comportamento do bebê e separar todo o equipamento envolvente (elétrodos, sensores, suportes de ventilação).
- Falar com o bebê e explicar o que vai acontecer.
- Seguir o ritmo do bebê e lentamente deslizá-lo até à borda do colchão e remover a parte da frente do ninho. Manter a contenção.
- O pai deve debruçar-se sobre o bebê, encostá-lo ao peito e retirá-lo do colchão lentamente, sem haver espaço entre eles.
- Retirar a fralda de pano e ajustar a faixa, para que o recém-nascido fique seguro.
- O pai deve sentar-se posteriormente no cadeirão confortavelmente.
- Recostar o cadeirão e dar apoio aos braços do pai com rolo em forma de U.
- Fornecer um espelho para que o pai observe o rosto do bebê.
- (Albuquerque et al.,2024).

4.8. Síntese relativa ao caso

No contexto da prematuridade, os cuidados no Serviço de Neonatologia são organizados para atender às necessidades específicas do RN prematuro, com ênfase na promoção do seu crescimento e desenvolvimento. Esses cuidados incluem garantir que o RN tenha períodos adequados de descanso, além de manter um ambiente térmico neutro para evitar complicações como hipotermia e hipertermia. A integridade da pele do RN é protegida para evitar lesões e infecções, enquanto a iluminação e os ruídos são controlados para não interferir no seu bem-estar. A identificação e o alívio da dor e desconforto também são fundamentais, assim como a oferta de condições que favoreçam o desenvolvimento holístico, abrangendo todas aquelas que são as necessidades fisiológicas e emocionais (Monteiro, 2022).

Prioridades no planeamento de cuidados

A conceção de cuidados apresentada adota uma abordagem integral, com foco na identificação precoce de alterações que possam comprometer o bem-estar do RN. As intervenções e vigilâncias são orientadas não apenas para as necessidades clínicas imediatas, mas também para o apoio contínuo e capacitação dos pais no exercício do seu papel parental.

Essa abordagem prioriza a monitorização constante dos sinais vitais do neonato, como alterações nos sistemas respiratório, cardiovascular e termorregulação, além de aspetos relacionados à ingestão nutricional e ao reflexo de sucção. As intervenções de enfermagem são ajustadas conforme a evolução clínica do RN, visando prevenir complicações e otimizar a sua recuperação. A monitorização de aspetos adicionais, como a eliminação urinária e intestinal, o estado da pele e mucosas, a digestão e o apetite são igualmente cruciais para prevenir

complicações associadas à terapêutica administrada, além de permitir uma melhor compreensão da resposta fisiológica do RN aos cuidados implementados. O controlo da dor é ainda uma outra prioridade fundamental, considerando o impacto direto no equilíbrio hemodinâmico do neonato, pelo que é essencial uma gestão eficaz da dor para assegurar o bem-estar do RN e otimizar sua recuperação.

Em paralelo, a educação e o apoio aos pais são essenciais, principalmente no contexto do cuidado de um RN prematuro. O envolvimento ativo dos pais nas rotinas diárias, como os cuidados de higiene, é crucial para o bem-estar físico do e para o fortalecimento do vínculo emocional entre pais e filho (Atanásio et al., 2024).

Um dos aspetos mais significativos desse envolvimento é a troca da fralda, uma tarefa aparentemente simples, mas que tem grande impacto na rotina dos pais e na forma como eles se relacionam com bebé. A participação dos pais na troca da fralda contribui para que eles se sintam mais capacitados e confiantes no cuidado diário, além de promover um ambiente de cuidado mais acolhedor.

No caso deste RN prematuro, os pais demonstraram interesse em aprender a realizar essa tarefa da melhor maneira possível. Para atender a essa necessidade foi implementado um processo de informoterapia, no qual foram fornecidas orientações claras e práticas sobre a forma correta de trocar a fralda. Após receber as orientações, a mãe realizou a troca da fralda sob supervisão, o que aumentou a sua confiança e fê-la sentir-se mais integrada no cuidado ao RN. Esse momento de aprendizagem não só promoveu maior segurança nas suas ações, como também fortaleceu o vínculo afetivo com o filho, um elemento essencial para o processo de recuperação e adaptação de ambos.

Outro aspeto importante abordado foi a promoção do sono do neonato. O sono é vital para o crescimento e desenvolvimento do bebé, especialmente para os prematuros, que precisam de períodos adequados de descanso para a recuperação. A educação fornecida aos pais incluiu orientações sobre como criar um ambiente tranquilo, com luz e ruído controlados de forma a melhorar a qualidade do sono do RN. Assim, reconhece-se que estas orientações ajudaram os pais a compreenderem como promover práticas que favorecem o descanso adequado, essencial para o desenvolvimento saudável do prematuro (Marques et al., 2024).

Além disso, a capacitação para o método canguru foi destacada como uma estratégia eficaz para fortalecer a ligação entre pais e filho (Khasanah et al., 2024). Essa prática proporciona benefícios significativos para a saúde do RN, como a estabilização dos sinais vitais e o estímulo ao desenvolvimento neuropsicomotor (Nunes, 2022). Devido à necessidade da mãe do RN extrair leite materno, a capacitação para o método canguru foi inicialmente direcionada ao pai. Essa abordagem garantiu a participação ativa do pai nos cuidados ao RN, proporcionando momentos de interação e vínculo afetivo que são essenciais para o desenvolvimento físico e emocional da criança.

Desta forma, a integração destas práticas iniciais como a troca de fralda, promoção do sono e método canguru, não apenas capacitou os pais, tornando-os mais confiantes e seguros no seu exercício de papel parental, como também permitiu criar um ambiente de cuidado mais acolhedor e eficaz.

Contributos das intervenções face aos objetivos

As terapêuticas de enfermagem referem-se às intervenções que o enfermeiro realiza de forma intencional com o objetivo de alcançar os objetivos estabelecidos no plano de cuidados, contribuindo de maneira significativa no processo de transição que os pais da criança estão a vivenciar.

Neste contexto, ao longo do turno, procede-se à colheita de dados, que pode ocorrer por meio da observação direta ou pela entrevista com a mãe e/ou o pai, durante a qual são identificadas lacunas no conhecimento ou défices no desempenho do papel parental que necessitam de ser colmatadas.

Quando se identifica a necessidade de melhorar o conhecimento para alcançar a mestria, a intervenção não se limita apenas ao reforço de aspetos positivos, mas também inclui a transmissão de informações teóricas. Assim, as intervenções do tipo "ensinar" têm como principal objetivo a aquisição de conhecimento nas áreas que são consideradas pertinentes e necessárias durante o internamento, com o intuito de responder às necessidades identificadas. Para avaliar a eficácia dessas intervenções são definidos critérios de resultado que refletem a verbalização do conhecimento adquirido pelos pais.

Neste sentido, compreende-se que a prescrição de informações oportunas, à pessoa certa e no momento certo (Mettler & Kemper, 2006) está intimamente relacionada com a terapêutica de enfermagem, mais especificamente com a informoterapia, já mencionada no enquadramento teórico. Esta abordagem visa assegurar que os pais adquiram o conhecimento necessário para lidar da melhor forma com a situação que estão a enfrentar.

Numa outra perspetiva, as intervenções do tipo "executar" são fundamentais para implementar estratégias e técnicas que visam melhorar a condição clínica da criança, com o objetivo de garantir a qualidade dos cuidados prestados. Um exemplo claro dessas intervenções é a avaliação do sistema respiratório, onde, devido ao uso de ventilação não invasiva, são necessárias várias ações para otimização dos parâmetros ventilatórios e alcançar os melhores resultados. Nesse sentido, "posicionar" corretamente o RN ou o dispositivo pode melhorar significativamente a ventilação, ajudando a manter uma respiração mais eficiente.

Além disso, é essencial garantir a limpeza adequada das vias aéreas do RN, o que implica a execução de intervenções específicas, como a permeabilização das narinas e a "aspiração".

Essas ações são vitais para manter as vias respiratórias desobstruídas e otimizar a ventilação, evitando complicações respiratórias.

Em relação ao uso de dispositivos médicos como o cateter venoso periférico, a sonda orogástrica e os interfaces respiratórios (*prongs*/máscara do CPAP), as intervenções necessárias incluem ações como "executar", "otimizar" e "trocar". Essas ações estão diretamente relacionadas com o bom funcionamento e uso correto desses dispositivos, assegurando que continuem a ser utilizados de acordo com os seus objetivos. Além disso, as intervenções do tipo "executar o tratamento" são essenciais para garantir a integridade da pele à volta dos dispositivos, minimizando o risco de lesões cutâneas e outras complicações relacionadas ao uso prolongado dos mesmos.

No processo de conceção dos cuidados surgem também intervenções centradas na avaliação contínua da evolução da condição clínica do RN prematuro e no acompanhamento do exercício do papel parental. A intervenção de enfermagem "avaliar a evolução" tem como objetivo observar e identificar possíveis alterações que exijam ajustes no plano de cuidados, garantindo que as necessidades da criança e dos pais sejam atendidas de forma eficaz ao longo de todo o processo de cuidado.

Timing de avaliação do objetivo final

Os indicadores de processo e de resultado são fundamentais na avaliação da eficácia das intervenções de enfermagem, permitindo uma análise contínua da evolução clínica do RN prematuro e da adequação das terapêuticas implementadas. Estes indicadores estão diretamente relacionados com a monitorização e manutenção dos processos corporais, assegurando a estabilidade dos sistemas vitais do prematuro, como os sistemas respiratório, cardiovascular, termorregulação e eliminação intestinal e urinária. A avaliação desses indicadores deve ser realizada de forma contínua ao longo do turno, com registos sistemáticos e detalhados que possibilitem ajustes imediatos nas intervenções sempre que necessário.

A monitorização da função respiratória é essencial, considerando a vulnerabilidade dos RN prematuros a alterações no padrão respiratório. A dor, por sua vez, é um indicador prioritário, devido à sua elevada suscetibilidade ao sofrimento causado por intervenções invasivas e pela própria condição clínica. A dor deve ser avaliada a cada contacto com o RN e os critérios de sucesso incluem a redução da intensidade da dor, identificada através de sinais como choro, irritabilidade ou agitação. Essa avaliação contínua permite que ajustes nas estratégias de alívio da dor sejam implementados durante o turno.

O padrão de sono do neonato é outro indicador crucial, no qual a avaliação deve assegurar que o RN tenha períodos contínuos de descanso, sem interrupções causadas por desconforto, dor ou

outros sintomas, que podem prejudicar o neurodesenvolvimento e a recuperação. Assim, a monitorização do sono ao longo de todo o turno garante intervenções oportunas que preservem a qualidade do descanso.

Em relação ao reflexo de sucção (que se encontra comprometido) é fundamental que seja avaliado e estimulado de forma contínua. A avaliação deve ocorrer pelo menos uma vez por turno, com atenção especial durante as refeições, exceto quando a criança estiver a dormir. Técnicas como a sucção não nutritiva devem ser implementadas de acordo com a evolução clínica da mesma, para fortalecer essa habilidade e promover uma alimentação futura eficaz e segura.

A participação dos pais nos cuidados ao RN é igualmente essencial, devendo ser incentivada de forma gradual. A capacitação inicial dos pais permite que compreendam a importância do seu envolvimento e, com a orientação da equipa, possam participar ativamente nos cuidados diários até atingirem a confiança e a mestria necessárias. A evolução da participação dos pais deve ser monitorizada ao longo do turno, pelo menos uma vez no turno, permitindo a adaptação das intervenções à condição clínica do bebé e ao progresso dos pais.

O apoio ao desenvolvimento infantil, incluindo os aspetos cognitivo, emocional e motor, deve ser integrado aos cuidados, com ênfase no método canguru. Esta prática deve ser implementada em momentos de estabilidade clínica e fora de períodos críticos, sendo continuamente avaliada durante o turno para assegurar benefícios tanto para o RN quanto para os pais.

Durante o internamento, a equipa de enfermagem deve acompanhar e avaliar o envolvimento dos pais no processo de desenvolvimento infantil, garantindo que as estratégias aprendidas sejam aplicadas de forma consistente. Esses momentos contribuem para a construção da confiança dos pais e o fortalecimento do seu papel no cuidado ao RN, sendo especialmente relevantes na preparação para a alta hospitalar e avaliação do desempenho do papel parental desenvolvimental. Essa abordagem integrada assegura que as intervenções de enfermagem são eficazes não apenas para a recuperação clínica da criança, mas também para o desenvolvimento das competências parentais, criando um ambiente seguro e afetivo que promove a continuidade do desenvolvimento da criança e facilita a transição para os cuidados domiciliários.

Reflexão do caso clínico para o Desenvolvimento das Competências EEESIP

O Enfermeiro desempenha um papel essencial na educação e no apoio aos pais de RN prematuros, sendo essencial capacitá-los com o conhecimento e capacidades necessárias para promover não só o desenvolvimento saudável do neonato como também, consolidar o exercício

do papel parental.

Assim, na presente conceção de cuidados, a intenção terapêutica centra-se em duas dimensões principais:

- Vigilância contínua da condição clínica do RN: O enfermeiro realiza uma monitorização sistemática e detalhada dos sinais e sintomas clínicos do RN, acompanhando a sua evolução clínica. Esse acompanhamento rigoroso permite detetar precocemente possíveis complicações ou alterações que possam impactar o seu estado de saúde ou o desenvolvimento .
- Promoção do desempenho do papel parental: A intervenção de enfermagem visa promover as competências parentais, ajustadas às necessidades específicas do bebé, destacando-se:
 - Educação em saúde: transmissão de informações claras e acessíveis sobre o estado clínico do RN, o tratamento a ser seguido e as necessidades diárias, como alimentação, higiene e controlo de sinais vitais. O enfermeiro deve garantir que os pais compreendem os cuidados necessários e essenciais para a evolução do RN.
 - Desenvolvimento de habilidades práticas: Instruir e treinar os pais a realizarem as atividades de cuidado diárias, devendo a informação transmitida ser adaptada ao nível de compreensão, considerando as competências e dificuldades individuais.
 - Apoio emocional: Oferecer suporte psicológico para ajudar os pais a lidarem com o *stress*, a ansiedade e as inseguranças potenciadas pela situação. Para isso, é essencial criar um ambiente de confiança, onde os pais se sintam acolhidos e encorajados a participarem ativamente nos cuidados, o que é essencial para estabelecer e fortalecer vínculo afetivo e segurança emocional.

Assim, tendo como referência as competências comuns e específicas previstas pela OE para o EEESIP (Regulamento n.º 140/2019 da OE, 2019; Regulamento n.º 422/2018 da OE, 2018), este caso clínico permitiu o desenvolvimento das seguintes unidades de competência:

- Implementação um plano de saúde em parceria e promotor da parentalidade;
- Intervenção em situações de risco que possam afetar negativamente a qualidade de vida da criança;
- Comunicação com a criança e família de forma apropriada ao estadio de desenvolvimento e à cultura;
- Gestão diferenciada da dor;
- Promoção do crescimento e o desenvolvimento infantil;
- Promoção da vinculação.

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O MESIP tem como finalidade dotar os estudantes de um conjunto de conhecimentos e capacidades essenciais ao exercício especializado da profissão, com competência técnico-científica e humana. Esta formação estrutura-se de acordo com as orientações definidas pela OE no Regulamento n.º 140/2019, onde se evidenciam, entre outras, as dimensões da responsabilidade ética, legal e profissional, a promoção da qualidade contínua, a gestão dos cuidados e o progresso das aprendizagens ao longo da prática. O EEESIP não só assegura cuidados diretos à criança/adolescente e respetiva família, como também intervém em domínios como a formação, orientação, aconselhamento e investigação, contribuindo para a consolidação do conhecimento em Enfermagem e para o aperfeiçoamento da intervenção clínica (OE, 2019).

A intervenção do EEESIP assenta numa filosofia centrada na criança e na sua família, promovendo uma parceria de cuidados com os pais/pessoas significativas em diversos contextos, como hospitais, domicílio, cuidados continuados, centros de saúde, escolas e comunidade, com o objetivo de promover o bem-estar e a saúde (OE, 2018).

Segundo o Regulamento n.º 140/2019, publicado pela OE, o enfermeiro especialista é definido como o profissional que possui competências acrescidas, tanto ao nível técnico como científico, numa área de especialização reconhecida pela OE. Nesse sentido, as competências comuns aos enfermeiros especialistas constituem a base da sua prática profissional e devem ser articuladas com as competências específicas da respetiva especialidade, nomeadamente no âmbito da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (OE, 2019).

As atividades desenvolvidas ao longo do Estágio de Natureza Profissional com Relatório foram orientadas pelos mais recentes referenciais de evidência científica e sustentadas numa postura crítica e reflexiva, imprescindível para a evolução sustentada e segura da prática profissional em enfermagem.

Para efeitos de organização e clareza, este capítulo estrutura-se em duas secções principais. Na primeira, serão exploradas as competências comuns do Enfermeiro Especialista; na segunda, serão analisadas as competências específicas do EEESIP. Estas serão apresentadas por domínios, com base nas unidades de competência estabelecidas e respetivos critérios de avaliação definidos pela OE.

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns do enfermeiro especialista constituem o alicerce da prática profissional especializada, aplicando-se transversalmente a todas as áreas de especialidade. Estas competências são caracterizadas por um elevado grau de autonomia na conceção, gestão e supervisão dos cuidados de enfermagem, bem como pela sua intervenção no âmbito da formação, da investigação e da consultoria técnico-científica (OE, 2019).

A estruturação destas competências organiza-se em quatro domínios fundamentais: (1) responsabilidade profissional, ética e legal; (2) melhoria contínua da qualidade; (3) gestão de cuidados; e (4) desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Em cada um destes domínios estão definidas competências específicas, acompanhadas dos respetivos critérios de desempenho, os quais visam clarificar os padrões de qualidade exigidos à prática especializada. Estes critérios constituem, simultaneamente, uma referência para a avaliação da prática clínica e um guia orientador do percurso de desenvolvimento profissional do enfermeiro especialista.

Responsabilidade profissional, ética e legal

O EEESIP assume, no exercício da sua função, uma atuação ética, legal e deontológica responsável, fundamentada nos princípios consagrados pela OE, na legislação nacional e nos direitos fundamentais da criança. Esta prática exige não só competências técnicas e científicas, mas também um elevado grau de reflexão ética, discernimento e sensibilidade humana (OE, 2019).

A ética profissional em enfermagem traduz-se na análise crítica de cada situação clínica, considerando os valores envolvidos, os deveres da profissão e o bem-estar do cliente. A deontologia, por sua vez, fornece um quadro normativo que orienta o enfermeiro para decisões justas, fundamentadas e coerentes com os princípios da profissão (OE, 2015). Estes fundamentos estiveram presentes ao longo de todo o Estágio de Natureza Profissional, articulando-se de forma consistente com a prática clínica e com os princípios dos direitos humanos.

Em contexto hospitalar, mais concretamente no Serviço de Neonatologia, deparou-se com uma situação que exigiu decisão célere e fundamentada: um RN pré-termo de 33 semanas apresentou sinais clínicos de instabilidade respiratória súbita, acompanhados de valores laboratoriais sugestivos de sépsis neonatal. A atuação imediata, em parceria com a equipa médica, envolveu a escalada dos cuidados para intervenções mais invasivas, monitorização rigorosa, administração de antibioterapia de largo espectro e vigilância contínua. Neste contexto, foi fundamental aplicar os princípios da beneficência (agir no melhor interesse da criança) e da não maleficência (minimizar o sofrimento e evitar danos), assegurando, simultaneamente, a transmissão da informação à mãe com clareza, veracidade e sensibilidade, respeitando o seu direito a compreender o estado clínico do filho e a participar nas decisões. A confidencialidade

foi garantida, mesmo perante a limitação estrutural do espaço (unidade *open space*), adotando estratégias como o uso de tom de voz baixo e diálogo próximo dos pais, preservando também a privacidade. A presença dos pais junto do filho foi promovida, valorizando o contacto pele a pele e o suporte emocional, sem comprometer a qualidade da vigilância clínica, respeitando, assim, o direito à intimidade e à dignidade do RN.

Por outro lado, durante a prestação de cuidados na urgência pediátrica, uma criança de cinco anos foi trazida ao hospital após sofrer uma queimadura de segundo grau nas mãos, devido a um acidente doméstico. Neste contexto, a proteção do direito à privacidade da criança e do pai foi essencial, respeitando as normas éticas e legais.

Antes de proceder ao tratamento da lesão, assegurou-se que a criança e o pai estivessem num ambiente reservado, de forma a evitar que outras pessoas não envolvidas no cuidado tivessem acesso à situação. Explicou-se de forma clara ao pai o procedimento que seria realizado, obtendo o seu consentimento, e assim respeitou-se a sua autonomia e dignidade.

Com base em situações semelhantes, foi realizada uma breve reflexão com a enfermeira tutora sobre a importância de envolver a criança e, neste caso, o pai, no processo de decisão relativamente ao tratamento. Ao longo dessa reflexão, reconheceu-se que a limitação de tempo pode dificultar a prestação de cuidados, uma vez que obriga à priorização de intervenções, sobretudo técnicas. Esta priorização, embora necessária, pode levar à exclusão da criança e da família do processo de tomada de decisão, interferindo negativamente na sua adaptação à hospitalização. Tal realidade pode criar desafios adicionais na prestação de cuidados e, por vezes, gerar conflitos que comprometem o acompanhamento adequado durante a permanência da criança no hospital.

Nos Cuidados de Saúde Primários, enfrentaram-se também desafios éticos relevantes. Destacase, em particular, a consulta de vigilância de saúde com um adolescente de 15 anos, na qual emergiu a necessidade de abordar temáticas sensíveis relacionadas com sexualidade e saúde mental. A confidencialidade e o respeito pela autonomia foram cruciais. Após uma abordagem empática, propôs-se que o adolescente permanecesse na consulta sem a presença da mãe, explicando previamente o motivo. Embora inicialmente existisse alguma resistência da família, esta experiência reforçou a importância de criar um espaço seguro para o adolescente, onde pudesse expressar dúvidas e preocupações, sendo escutado com empatia e respeito pela sua individualidade (OE, 2010).

A diversidade cultural crescente nas populações com as quais se teve a oportunidade de contactar ao longo do estágio exigiu sensibilidade cultural, flexibilidade e conhecimento da ética transcultural. Em contexto de UCC, prestou-se cuidados a uma mãe de origem marroquina, com dificuldades na língua portuguesa, o que exigiu adaptar a comunicação, recorrendo a linguagem não verbal e materiais visuais para transmitir informações sobre os cuidados com o RN e sobre o seu desenvolvimento. Atuou-se com base em princípios de equidade, justiça, não

discriminação e respeito pelo pluralismo cultural, assegurando uma prática de cuidados humanizada e centrada na pessoa.

A passagem de turno revelou-se um momento essencial para consolidar a liderança do EEESIP, assegurando a continuidade dos cuidados e a segurança clínica, sobretudo nos serviços de Urgência e Neonatologia. Para garantir uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde, foi utilizado o modelo ISBAR, uma ferramenta estruturada que facilita a partilha clara, objetiva e segura de informações relevantes sobre os utentes, reduzindo falhas e promovendo a qualidade dos cuidados (DGS, 2017). O acrónimo ISBAR corresponde às etapas: Identificação, Situação, *Background* (contexto), Avaliação e Recomendação. Este modelo facilita a organização do discurso e a partilha de dados relevantes sobre o utente, promovendo uma comunicação eficaz. A sua aplicação contribui para reduzir falhas na troca de informação, reforçando a continuidade e a segurança dos cuidados prestados (DGS, 2017).

Ao mesmo tempo, este momento é também sensível do ponto de vista ético e legal, uma vez que envolve a transmissão de dados pessoais e clínicos, especialmente no caso de crianças. Segundo a UNICEF (2019), é fundamental proteger a privacidade da criança, assegurando a confidencialidade das suas informações. O enfermeiro, por deter acesso a dados sensíveis, tem a responsabilidade de os preservar, conforme definido no Código Deontológico da OE (OE, 2015), que impõe o dever de zelar pelos registos clínicos e manter a confidencialidade da informação, partilhando-a apenas com profissionais diretamente envolvidos nos cuidados.

No entanto, nem sempre as condições físicas dos serviços permitiam realizar a passagem de turno em locais privados. Esta limitação foi evidente tanto no serviço de urgência pediátrica, onde os profissionais procuravam adaptar-se e minimizar riscos de exposição, como no serviço de neonatologia, onde os pais se ausentavam temporariamente para garantir a confidencialidade.

A responsabilidade ética, legal e deontológica do enfermeiro especialista revelou-se transversal a todos os contextos do estágio. A prática clínica esteve sustentada na integração entre o conhecimento técnico-científico, os valores profissionais e a sensibilidade ética. A tomada de decisão foi sistematicamente orientada pelos princípios da beneficência, não maleficência, justiça, veracidade, fidelidade e respeito pela autonomia. A liderança ética, a comunicação estruturada, a capacitação parental e a humanização do cuidado foram pilares do desempenho profissional, em consonância com os mais elevados padrões da profissão.

Melhoria contínua da Qualidade

A Melhoria Contínua de Qualidade é um princípio essencial para garantir a excelência na prática clínica e a segurança da criança. Durante o estágio, essa competência foi desenvolvida por meio

de várias ações voltadas para a implementação de práticas de qualidade, gestão de riscos e otimização dos processos clínicos, sempre com foco no cuidado integral à criança/adolescente.

O processo de melhoria contínua foi estruturado a partir da consolidação de padrões e indicadores de qualidade, que serviram como ferramentas para a prática de excelência e para garantir um papel ativo na dinamização das estratégias institucionais. Aprofundar o conhecimento sobre diretivas de qualidade e normas internacionais, como a ISO (*International Organization for Standardization*) 9001, foi um passo fundamental (Vicente, 2018). A norma aborda áreas com foco no cliente, na gestão e liderança, no envolvimento das pessoas, e uma abordagem orientada para processos, permitindo que o enfermeiro contribua efetivamente para a melhoria contínua e a sustentabilidade da prática clínica.

De acordo com as guidelines estabelecidas pela *The Joint Commission* (2024), destaca-se a importância do cumprimento rigoroso dos *Patient Safety Goals* no contexto hospitalar, sendo a verificação da identidade do utente uma das estratégias fundamentais para a prevenção de erros e para a garantia da prestação de cuidados seguros e adequados. Entre estas metas, encontra-se a recomendação de utilizar pelo menos dois identificadores distintos para confirmar a identidade do utente, como o nome completo e a data de nascimento.

Este procedimento deve ser rigorosamente aplicado, inclusive em populações pediátricas, implicando a confirmação verbal do nome da criança/adolescente, sempre que possível, e a verificação da pulseira de identificação, onde constam dados cruciais como o nome e a data de nascimento. A adoção sistemática deste protocolo permite reduzir significativamente os riscos associados a erros de identificação, como a administração de medicação incorreta ou a realização de intervenções indevidas, reforçando a segurança da pessoa nos diferentes momentos do percurso assistencial.

De acordo com *The Joint Commission* (2024), a administração segura de medicamentos revelou-se igualmente uma área prioritária no âmbito da segurança do utente, estando alinhada com as boas práticas internacionais. É essencial assegurar que todos os medicamentos não rotulados, como aqueles preparados em seringas, copos ou recipientes, sejam devidamente identificados antes de qualquer procedimento, no local onde são preparados, de forma a reduzir o risco de erros de medicação. Deve ser prestada atenção redobrada a utentes sob terapêutica anticoagulante, dado o seu maior risco de complicações em caso de erro. A partilha eficaz e precisa de informação entre profissionais de saúde sobre a medicação em uso pelo utente é fundamental, devendo ser rigorosamente registada e comunicada.

De acordo com o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, o objetivo estratégico quatro, aumentar a segurança na utilização da medicação, contribui para a “diminuição da prevalência dos incidentes, através da adoção de medidas estruturais e processuais de prevenção” (Ministério da Saúde, Despacho n.º1400-A/2015). O que é garantido com a implementação, ou seja “o medicamento correto seja administrado ao doente correto, na

dose e vias corretas e à hora certa, e que os efeitos que se verifiquem sejam os previstos, devendo o doente receber a informação adequada e necessária sobre o medicamento e tratamento a efetuar” (Ministério da Saúde, Despacho n.º1400-A/2015).

Estas diretrizes tornam-se especialmente relevantes em contextos de elevada complexidade clínica, como é o caso da administração de medicamentos de alto risco, nomeadamente os fármacos citotóxicos. Nestes cenários, a implementação da prática de dupla validação configura-se como uma estratégia adicional de segurança, permitindo garantir a exatidão da prescrição, preparação e administração, prevenindo erros potencialmente graves, como acontece na administração de quimioterapia (Ministério da Saúde, Despacho n.º1400-A/2015).

Durante o estágio no serviço de oncologia pediátrica, observou-se a aplicação rigorosa desta medida. Qualquer fármaco citotóxico era submetido a dupla verificação independente, por dois profissionais qualificados, imediatamente antes da administração. Esta prática revelava-se ainda mais crítica nos casos em que havia administração simultânea de múltiplos fármacos, exigindo um grau elevado de atenção, coordenação e responsabilidade clínica, reforçando assim a cultura de segurança e qualidade nos cuidados prestados.

Outro aspeto determinante observado foi a gestão de riscos, particularmente na identificação de fatores críticos, como a preparação de medicação em locais inadequados. Em contextos clínicos de elevada pressão, como a urgência pediátrica, a probabilidade de distrações durante o processo de preparação de fármacos aumenta consideravelmente, potenciando a ocorrência de erros. Para mitigar estes riscos, foram implementadas medidas preventivas rigorosas, nomeadamente a preparação da medicação em zonas específicas, isoladas e isentas de interrupções, assegurando um ambiente mais controlado e seguro.

Paralelamente, destacou-se a importância de promover uma cultura de aprendizagem contínua, como pilar essencial na melhoria da qualidade e segurança dos cuidados. A utilização do sistema de notificação de incidentes críticos revelou-se uma ferramenta estratégica para fomentar uma abordagem não punitiva perante o erro clínico. Através deste sistema, os incidentes passaram a ser entendidos como oportunidades de reflexão, análise e melhoria, promovendo o desenvolvimento profissional, a partilha de boas práticas e a redução da recorrência de falhas, contribuindo assim para a consolidação de uma prática clínica mais segura e eficiente.

No âmbito da documentação clínica, o recurso ao sistema *SClínico* possibilitou a uniformização dos processos de registo, garantindo que as informações fossem transmitidas de forma clara e precisa entre os membros da equipa multidisciplinar. A sua aplicação não só contribuiu para a melhoria da qualidade do atendimento, como também facilitou a continuidade dos cuidados, fornecendo dados essenciais para a avaliação de resultados e permitindo a personalização do cuidado.

A humanização dos cuidados foi um princípio orientador, nomeadamente em áreas como a Neonatologia. Um exemplo disso, são as estratégias promotoras das competências alimentares do RN prematuro, que visam uniformizar as práticas de alimentação e garantir um atendimento de qualidade. Estas estratégias englobam a transição para a alimentação por biberão como também o início da amamentação, mantendo sempre o foco no desenvolvimento saudável e na integração dos pais no processo de cuidado. Além disso, a promoção do contacto pele a pele foi incentivada como uma prática essencial para o bem-estar físico e emocional dos RN. A implementação de estratégias, entre as quais se inclui a utilização de objetos de conforto, como o polvo de peluche, foi igualmente valorizada, contribuindo para a criação de um ambiente mais acolhedor e seguro para os RN.

Gestão de Cuidados

É esperado que o enfermeiro especialista realize a gestão de cuidados de forma eficaz, otimizando as respostas da equipa de enfermagem às necessidades dos utentes, garantindo que as tarefas delegadas à equipa sejam executadas com segurança e qualidade (OE, 2019).

Essa gestão implica duas vertentes principais, a organização do trabalho e a coordenação dos recursos humanos, as quais permitem assegurar uma assistência de qualidade, bem como, o planeamento individualizado dos cuidados, tendo em conta as necessidades específicas da criança, do adolescente e da sua família.

A gestão de cuidados em enfermagem pediátrica requer o desenvolvimento de competências de liderança, comunicação e tomada de decisão, fundamentais para o sucesso da prática e para a otimização do processo assistencial. A comunicação, enquanto processo dinâmico e interativo, é essencial para estabelecer uma relação terapêutica eficaz e garantir que as necessidades do cliente sejam adequadamente compreendidas e atendidas (Sequeira, 2016). No contexto da gestão de cuidados, essa comunicação deve ser clara, objetiva e personalizada, tendo em vista todas as particularidades e condições psicossociais (Lourenço et al., 2022).

Durante o estágio, a gestão dos cuidados iniciou-se com a observação clínica detalhada e a análise da relação terapêutica entre os profissionais de saúde, os pais e a criança/adolescente. Com base nessa interação, foi realizada uma apreciação inicial, identificando as necessidades e preferências da criança e dos pais. Este processo envolveu a identificação de diagnósticos e a elaboração de objetivos terapêuticos direcionados para a melhoria do bem-estar do cliente, tendo em conta as suas características individuais e o contexto familiar. A adaptação dos cuidados foi fundamental para garantir uma abordagem centrada nas necessidades (OE, 2011). Em situações de conflito entre as preferências do cliente e as normas institucionais, a capacidade de adaptar os cuidados, respeitando as diretrizes da instituição, mas também considerando a individualidade de cada situação, foi essencial para otimizar a resposta

assistencial e garantir a satisfação e o conforto da criança e dos pais.

A gestão eficiente dos cuidados também implicou a articulação constante com a equipa multidisciplinar, assegurando uma integração de recursos e uma abordagem colaborativa entre os diversos profissionais de saúde. Durante o período de estágio, surgiram diversas situações em que a negociação e a adaptação de rotinas foram necessárias para atender às necessidades específicas da criança e pais. Exemplos como a permanência de ambos os progenitores, além do horário estipulado, devido ao agravamento da condição de saúde do filho, ou a adaptação do horário para cuidados de higiene e sono, demonstraram a importância da flexibilidade e da gestão estratégica das necessidades, de modo a garantir a qualidade e segurança dos cuidados prestados. Essas situações exigiram um trabalho de mediação eficaz, com a colaboração ativa da equipa de enfermagem, auxiliares de ação médica e segurança, permitindo que as rotinas fossem ajustadas de forma a otimizar o cuidado sem comprometer a segurança ou o funcionamento do serviço.

Neste contexto, o enfermeiro especialista desempenha um papel de líder na gestão dos cuidados, articulando as atividades de todos os membros da equipa e garantindo que os recursos humanos e materiais sejam distribuídos adequadamente, conforme as necessidades específicas de cada criança/adolescente. O planeamento e a organização dos cuidados exigem uma constante avaliação dos recursos disponíveis e a capacidade de adaptação às exigências do serviço, com foco na segurança e bem-estar da criança/adolescente (Santos et al., 2022).

A título de exemplo, no contexto de Neonatologia e Oncologia Pediátrica, a gestão dos cuidados exigiu uma capacidade de organização e priorização das necessidades dos clientes. Conforme descrito anteriormente, a distribuição das crianças entre os enfermeiros é organizada pelo responsável do turno anterior, levando em consideração a complexidade dos cuidados necessários e assegurando uma carga de trabalho equilibrada. Esta prática contínua foi fundamental para garantir a eficiência do serviço, permitindo que as necessidades de cada criança fossem atendidas de forma adequada e em tempo oportuno.

A gestão dos cuidados em saúde infantil e pediátrica envolve também a integração de decisões interdisciplinares, respeitando os limites de cada área de atuação. A cooperação entre enfermeiros, médicos, auxiliares de ação médica, técnicos de laboratório e radiologia foi crucial para a fluidez e eficiência dos diferentes serviços hospitalares. O enfermeiro, ao articular os cuidados, assegura que as intervenções sejam realizadas de forma eficiente e dentro dos parâmetros estabelecidos, promovendo um ambiente de trabalho colaborativo e respeitoso (Sousa & Silva, 2022).

No Serviço de Urgência Pediátrica, a colaboração entre os membros da equipa multidisciplinar é essencial para uma resposta rápida e eficaz às necessidades de saúde das crianças. Em situações de urgência, onde o tempo é crucial, a comunicação entre os profissionais deve ser clara e precisa. Além do conhecimento técnico, a experiência prévia de cada membro da equipa

proporciona maior segurança e confiança na execução dos cuidados. Um exemplo disso aconteceu quando uma criança de cinco anos chegou ao serviço com uma crise asmática grave. A equipa, composta por enfermeiros, médicos e técnicos de saúde, teve de agir rapidamente para estabilizar a criança. A comunicação constante entre os profissionais foi fundamental para garantir que o tratamento fosse assegurado sem demora. Os enfermeiros, com base na sua experiência, prepararam rapidamente a medicação de emergência, enquanto a equipa médica avaliava a gravidade do caso e prescrevia a terapêutica necessária. O trabalho coordenado entre todos os membros da equipa permitiu que a criança fosse estabilizada de forma eficaz e com o mínimo de risco.

A presença de um enfermeiro especialista em cada turno, com uma liderança adaptativa, foi fundamental para garantir a qualidade do cuidado e a motivação da equipa, promovendo autonomia e responsabilidade entre os profissionais e incentivando a partilha de conhecimento e experiência.

Pode, assim, concluir-se que a gestão de cuidados em enfermagem pediátrica exige uma combinação de habilidades técnicas, comunicação eficaz, e competências de liderança. O enfermeiro especialista deve ser capaz de articular as necessidades da criança e/ou adolescente com os recursos disponíveis, sempre focado na melhoria contínua e na promoção da saúde e bem-estar. A experiência adquirida ao longo do estágio, demonstrou a importância da adaptação constante dos cuidados, a colaboração interdisciplinar e o papel fundamental da comunicação na gestão eficiente do processo de cuidado (Sousa & Silva, 2022).

Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

A formação e o desenvolvimento profissional são componentes essenciais para a melhoria contínua da qualidade do desempenho do enfermeiro, sendo determinantes na construção e consolidação da sua identidade profissional, o que contribui diretamente para a evolução da prática e para a prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade (Atherton et al., 2022).

Ao longo do estágio, este processo foi amplamente influenciado pela prática clínica diversificada, pela experiência intercultural e pela reflexão constante sobre as vivências, que contribuíram para o aprimoramento do autoconhecimento, assertividade e capacidade de adaptação a novos contextos. O desenvolvimento da identidade profissional, revelou-se um processo dinâmico, no qual o ser pessoa e o ser profissional se entrelaçam, permitindo a adaptação e a aprendizagem contínua.

A diversidade de contextos clínicos na área pediátrica, em diferentes unidades de saúde, proporcionou o contacto com uma vasta equipa de profissionais, facilitando a adaptação a diferentes equipas, tipos de cuidados e realidades diversas. Embora tenha representado um

desafio, também se revelou uma competência essencial no desempenho da função de enfermeiro especialista. A aprendizagem contínua nas unidades curriculares do mestrado, assim como a troca de experiências com enfermeiros tutores e orientadores, impulsionaram este processo de reflexão, fundamental para a capacitação e o crescimento profissional.

A reflexão e o autoconhecimento, particularmente no que diz respeito ao reconhecimento dos limites pessoais, foram cruciais para a construção sólida desta identidade profissional. O reconhecimento das próprias potencialidades e limitações permitiu que se desenvolvesse uma prática profissional mais assertiva e consciente, tanto na relação com as crianças/jovens quanto com as equipas de saúde. Um exemplo prático, ocorreu durante a realização de uma sessão clínica de apoio ao desempenho do papel parental, no contexto de UCC, em que a gestão de diferentes estilos parentais exigiu uma postura de respeito pelas convicções das famílias, sem perder de vista os princípios de saúde e bem-estar infantil. A adaptação das estratégias de intervenção baseou-se no conhecimento contínuo da teoria e prática, promovendo a parentalidade desenvolvimental de forma respeitosa e focada nas necessidades individuais de cada família.

Ao mesmo tempo, de ressaltar que os momentos de avaliação no final de cada estágio foram cruciais para o desenvolvimento profissional. Com o apoio dos tutores e com base nos critérios estabelecidos pela ESEP, foi possível refletir sobre todo o desempenho, identificando tanto as áreas a melhorar quanto os pontos fortes como futura EEESIP.

Conforme estabelecido no Código Deontológico da OE (OE, 2015), compete ao enfermeiro aplicar intervenções baseadas em conhecimento científico e técnico atualizado, comprometendo-se com a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e dos serviços prestados em enfermagem. Ao longo dos estágios, foi garantido que a prática clínica estivesse permanentemente sustentada pelas evidências mais atuais, assegurando a excelência e a segurança dos cuidados prestados (Pinto & Mota, 2023).

Por outro lado, o estágio proporcionou a observação crítica das práticas de outros enfermeiros especialistas, promovendo discussões enriquecedoras que contribuíram para o desenvolvimento pessoal das competências profissionais.

Por fim, ao refletir sobre o futuro, entende-se que o desenvolvimento das aprendizagens profissionais é um processo que não se esgota no estágio. A experiência adquirida durante este período foi um ponto de partida para a contínua evolução do conhecimento, da prática e da capacidade de adaptação aos desafios que surgem no quotidiano do cuidado. Este processo de aprendizagem contínua, impulsionado pela evidência científica e pela prática reflexiva, prepara um profissional altamente qualificado, apto a atuar com excelência no cuidado da criança, do adolescente e da sua família, conforme as exigências contemporâneas da enfermagem pediátrica (OE, 2015).

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEESIP

As competências específicas do EEESIP, de acordo com a OE (2018), devem ser integradas na sua prática profissional, complementando as competências comuns anteriormente mencionadas.

A prática do EEESIP é regulamentada por um conjunto de competências específicas que incluem: assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade e prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (OE, 2018).

Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde

Tornar-se mãe ou pai constitui um dos maiores desafios do ser humano, devido à grande responsabilidade que implica, às profundas transformações que acarreta e à necessária adaptação que a chegada de uma criança exige no contexto familiar (OE, 2015).

No desempenho da sua prática, o enfermeiro assume um papel fundamental na melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. A Enfermagem, enquanto ciência humanista e prática, centra-se nas respostas humanas aos processos de vida e de doença (Meleis et al., 2000). Neste enquadramento, o EEESIP deve adotar uma abordagem holística, considerando a criança e a sua família ou pessoa significativa como uma unidade de cuidados, considerando as suas necessidades específicas no planeamento e implementação das intervenções de enfermagem.

É da responsabilidade do EEESIP assistir a díade criança/jovem-família, promovendo a maximização do seu estado de saúde, com especial atenção a situações de elevada complexidade. Os cuidados prestados devem ser específicos, individualizados e ajustados às necessidades da criança ou jovem, em função da sua etapa do ciclo vital (OE, 2018), e baseados na melhor evidência científica disponível.

Assim, o EEESIP desempenha um papel central não só na promoção da saúde da criança ao longo do seu desenvolvimento, mas também no apoio à família, com especial atenção ao exercício do papel parental. Reconhecendo que os processos de transição tornam os indivíduos mais vulneráveis, e que o desempenho parental influencia diretamente o bem-estar da criança e da própria família, torna-se essencial intervir precocemente, promovendo e reforçando as competências parentais.

A prática de enfermagem em saúde infantil e pediátrica integra abordagens que reconhecem a importância da colaboração entre profissionais de saúde e os pais, destacando os cuidados centrados na família e a parceria de cuidados como perspetivas complementares. Ambas

sublinham a participação ativa das famílias no processo assistencial (Cerqueira & Barbieri-Figueiredo, 2020). Em particular, a parceria de cuidados constitui a base filosófica desta área da enfermagem, ao enfatizar o papel essencial dos pais no acompanhamento da criança durante a hospitalização (Sousa et al., 2023).

A consolidação desta parceria exige um processo de comunicação contínuo, assente no diálogo e na negociação, que permita a construção conjunta de um plano de cuidados individualizado. Este plano deve refletir o nível de conhecimento, as competências, a disponibilidade e o grau de envolvimento que cada progenitor deseja e é capaz de assumir (Casey, 1993), assegurando a participação ativa e informada da família no percurso terapêutico da criança.

O enfermeiro, enquanto elemento facilitador no processo de capacitação e *empowerment* dos pais no cuidado à criança, desempenha um papel essencial na promoção de uma transição segura e confiante para a parentalidade (Sousa et al., 2023). Esta transição, frequentemente, marcada por momentos de vulnerabilidade — como a hospitalização, o regresso a casa ou a adaptação a um novo regime terapêutico — exige uma abordagem centrada nas necessidades específicas da família. Para que a intervenção seja eficaz, torna-se fundamental que o enfermeiro identifique, numa fase inicial, as necessidades, expectativas e competências parentais, permitindo delinear um plano de cuidados individualizado e ajustado às reais capacidades da família. Assim, o EEESIP desempenha um papel essencial na construção e coordenação, em estreita colaboração com a família, de um plano de cuidados que favoreça a parentalidade, a gestão do regime terapêutico e a integração social da criança ou adolescente (OE, 2018).

Durante o percurso de estágio, foi possível acompanhar diversas famílias que se encontravam a vivenciar a transição para a parentalidade, quer em contexto de internamento, quer no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários. Foi promovida a parentalidade através da capacitação dos pais para o desempenho do seu papel, fornecendo-lhes ferramentas que contribuíssem para uma vivência positiva, segura e satisfatória da parentalidade, nomeadamente no apoio à amamentação e gestão de cólicas.

Na USF, particularmente durante as consultas de vigilância infantil, acompanhou-se de perto o processo de transição para a parentalidade, avaliando individualmente as vivências de cada família. Procurou-se compreender as principais dificuldades, dúvidas e fatores que influenciam positiva ou negativamente essa fase.

Ao longo das consultas de enfermagem, os cuidados antecipatórios constituíram uma estratégia essencial para capacitar os pais, dotando-os de conhecimento sobre os vários temas: sono, hábitos intestinais e cólicas, vacinação, segurança e sinais de alerta relativos ao desenvolvimento infantil. Durante uma consulta do primeiro mês, uma mãe expressou insegurança em relação à amamentação, relatando dor e sinais de ingurgitamento mamário.

Após o seu consentimento, foi observada a mamada e, durante a mesma, foram fornecidas orientações para corrigir o posicionamento e a pega da lactente, além de técnicas para promover uma sucção mais eficaz. Com o objetivo de assegurar o acompanhamento e reforçar o apoio necessário, foi agendada uma nova consulta no intervalo de uma semana.

Na UCC, o curso de massagem infantil, já implementado, revelou-se uma ferramenta valiosa, proporcionando benefícios substanciais, tanto para a criança quanto para os pais. Para a equipa de enfermagem, representava uma mais-valia para compreender as dificuldades enfrentadas pelos pais durante o processo de adaptação à parentalidade. Ao longo do curso, foram promovidos momentos dedicados ao esclarecimento de dúvidas e à troca de experiências, o que possibilitou identificar de que forma os pais estavam a vivenciar este processo de transição.

De acordo com Sousa et al. (2023), a hospitalização da criança configura-se um evento crítico na transição parental, o qual não só pode dificultar a experiência dos pais, mas também interferir no desempenho do exercício do papel parental.

Em contexto de Neonatologia, a imaturidade ou instabilidade clínica do RN, associada à necessidade de adaptação dos pais a uma nova realidade, representa um grande desafio. O internamento tende a ser um processo prolongado e, muitas vezes, emocionalmente exigente para os pais, que, embora fisicamente presentes, podem não ter disponibilidade ou condições para adquirir e aplicar os conhecimentos e competências necessárias para cuidar do filho. Este cenário pode constituir um obstáculo à criação de uma parceria eficaz no cuidado, uma vez que o envolvimento ativo dos pais no processo de aprendizagem e na promoção da autonomia na prestação de cuidados pode não ocorrer de imediato.

Tendo em conta as dificuldades inerentes a este contexto, procurou-se, desde o início, estabelecer uma comunicação aberta e adaptada às características e necessidades dos pais. Através de uma abordagem clara e empática, foi possível criar uma relação de confiança, facilitando a participação dos pais no processo de cuidados. Incentivou-se, ainda, a prática do contacto pele a pele, explicando os benefícios para o desenvolvimento do vínculo afetivo entre pais e filho, destacando de que forma o RN reage a esse tipo de interação. Para além disso, forneceram-se orientações sobre as competências essenciais para cuidado do RN, capacitando-os, por exemplo, para a troca de fralda e para a administração de leite por sonda ou tetina.

Simultaneamente, na procura constante de trabalhar com os pais para a adoção de comportamentos potenciadores de saúde, o espaço exclusivo para a amamentação permitiu fornecer às mães o apoio necessário. Perante a instabilidade do RN, este não era possível ser amamentado, pelo que foi promovida a extração de leite materno, com a devida orientação sobre o procedimento e o armazenamento adequado do leite materno.

O envolvimento dos pais nos cuidados representa para a criança internada, uma garantia de afeto, segurança e apoio, aproximando-se o mais possível aos cuidados que lhe eram prestados

antes do internamento. No contexto da Oncologia Pediátrica, a presença ativa dos pais é essencial, não apenas para o apoio emocional à criança ou adolescente durante o tratamento, mas também para mitigar os efeitos psicológicos da hospitalização. Para que os pais desempenhem um papel significativo no tratamento, é importante que o plano terapêutico seja desenvolvido de forma a permitir que os profissionais de saúde apoiem e capacitem os pais para que estes assumam o seu papel com confiança e eficácia, garantindo que estão bem informados, preparados e envolvidos no processo de cuidados (Sousa, 2012). Um exemplo prático deste conceito, foi o de uma criança que iniciou um novo ciclo de quimioterapia, momento em que foi crucial reforçar os possíveis efeitos adversos associados ao tratamento, destacando a importância da observação atenta da criança ao longo do ciclo e oferecendo orientação sobre como gerir esses efeitos de forma eficiente.

O caráter urgente, momentâneo e dinâmico subjacente ao serviço de urgência impõe desafios significativos ao estabelecimento de uma parceria de cuidados eficaz, uma vez que a necessidade de ação rápida pode comprometer o processo de negociação. Considerando essas dificuldades, adotaram-se estratégias para desenvolver cuidados que envolvessem a colaboração com os pais. Antes e durante os procedimentos, face à sua disponibilidade para participar nos cuidados, negociava-se com os mesmos o nível de participação, respeitando também o grau de envolvimento que a criança ou o adolescente desejava que os seus pais tivessem nos cuidados. Por exemplo, no decorrer da administração de medicação oral, questionar a criança e os pais sobre a preferência de quem deveria administrar a medicação, se a figura parental ou o enfermeiro, revelou-se como uma excelente estratégia. Na escolha de serem os pais a administrar, foi fundamental supervisionar a técnica, mesmo que fosse necessário manter alguma distância, garantindo a correta execução do procedimento.

Em situações de emergência, os cuidados imediatos eram prestados com a máxima rapidez, e logo que possível, era garantida a presença dos pais. Toda a situação clínica era explicada de forma clara, informando sobre o que havia sido feito, o que se pretendia fazer a seguir, envolvendo os pais no processo assistencial, garantindo a sua participação informada.

O EEESIP ocupa um papel de relevo ao diagnosticar precocemente e intervir nas doenças comuns, na medida em que promove a saúde e previne complicações, ao trabalhar estreitamente com a família e com a criança/adolescente para a adoção de comportamentos saudáveis (OE, 2018).

No decorrer do estágio no Serviço de Urgência Pediátrica, foi possível observar e intervir em crianças com diversas patologias e condições comuns da infância, proporcionando cuidados especializados, orientados para a recuperação do bem-estar e a promoção da saúde. Entre as situações clínicas mais frequentes, destacaram-se quadros de bronquiolite, infeções do trato urinário, episódios de vômitos, febre e obstipação, entre outros.

Apesar de, em contextos como os Cuidados de Saúde Primários, esta abordagem ser mais

facilitada, dada a continuidade dos cuidados e o vínculo estabelecido com a família, no ambiente hospitalar, especialmente em contexto de Urgência ou Neonatologia, os desafios tornam-se mais evidentes. O tempo limitado de contacto, associado à elevada preocupação e ansiedade dos pais face ao estado clínico da criança, pode comprometer a disponibilidade para o estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz e para a implementação de estratégias educativas.

Ainda assim, sempre que se verificou disponibilidade e envolvimento por parte dos pais, adotou-se a Informoterapia. Um exemplo disso, foi o atendimento a uma criança com agudização sintomática de asma. Embora a mesma já fizesse a gestão do regime terapêutico em casa, sob a supervisão da mãe, esta não estava presente no momento da administração. Diante da disponibilidade e envolvimento do pai para aprender, foram implementadas intervenções de enfermagem com o objetivo de melhorar o conhecimento e a capacidade deste na administração correta da medicação inalatória. Essa intervenção não só fortaleceu a autoeficácia do pai no desempenho do papel parental especial, como também contribuiu para uma melhoria da condição de saúde do filho.

Sempre que necessários, foram realizados encaminhamentos para outros profissionais de saúde, com especial destaque no contexto do Internamento de Oncologia Pediátrica. A necessidade de intervenção multidisciplinar tornava-se evidente perante situações como o declínio do estado nutricional, frequentemente associado aos efeitos adversos dos tratamentos oncológicos, e/ou ao processo de reabilitação funcional após intervenções cirúrgicas para remoção tumoral. Nestes casos, a colaboração com o nutricionista revelou-se essencial, permitindo responder eficazmente às necessidades específicas de cada criança.

Por outro lado, em determinadas situações, revelou-se igualmente importante uma articulação com a psicóloga, sobretudo em casos de maior vulnerabilidade emocional, tanto da criança como dos pais. A intervenção psicológica demonstrou-se essencial no apoio ao processo de adaptação à doença, na gestão do impacto emocional associado ao diagnóstico e ao internamento, bem como na promoção do bem-estar psicológico. A presença regular destes profissionais no acompanhamento das crianças referenciadas pela equipa multidisciplinar, garantiu uma abordagem articulada, contínua e centrada na promoção da funcionalidade e da qualidade de vida.

Em situações mais complexas, em que o seguimento e a continuidade dos cuidados se revelam cruciais, os Cuidados de Saúde Primários assumiram um papel central. Este encaminhamento garantiu a continuidade da implementação e da avaliação dos cuidados prestados, assegurando um acompanhamento integral da saúde da criança a longo prazo.

De acordo com o Código Deontológico, inserido no Estatuto da OE, o enfermeiro assume o dever de “salvaguardar os direitos das crianças, protegendo-as de qualquer forma de abuso” (OE, 2015, p. 8079). Para além disto, acresce ao EEESIP a responsabilidade de “diagnosticar

precocemente e intervir (...) nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” (OE, 2018, p. 19193), como maus-tratos, negligência e comportamentos de risco, ou sensibilizar os pais/cuidadores e profissionais para o risco, prevenção e consequências da violência, assim como, deve assistir a criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus-tratos (OE, 2018).

Nos termos definidos pelo Código Deontológico presente no Estatuto da OE, é imperativo que o enfermeiro assegure a defesa dos direitos das crianças, garantindo a sua proteção contra qualquer forma de violência ou abuso (OE, 2015). Para além disso, compete ao EEESIP a identificação precoce e a intervenção célere em contextos de vulnerabilidade que possam comprometer a saúde ou o bem-estar da criança/adolescente, como situações de negligência, maus-tratos ou comportamentos de risco. O profissional deve ainda desenvolver ações de sensibilização junto dos pais, pessoas significativas e outros profissionais, promovendo a prevenção da violência e esclarecendo as suas potenciais consequências (OE, 2018).

No estágio realizado na UCC, e tendo em conta que uma das enfermeiras tutoras integrava o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) do Agrupamento de Centros de Saúde, foi possível compreender com maior profundidade a dinâmica funcional deste núcleo, as suas áreas de atuação e o papel fundamental no apoio às situações de crianças e jovens em risco, bem como a articulação entre os diferentes setores e instituições da comunidade. Apesar de não ter sido possível assistir a reuniões do NACJR, por questões inerentes à confidencialidade e ao sigilo profissional, os momentos de reflexão com a enfermeira orientadora revelaram-se, particularmente, enriquecedores. Estes, aliados à pesquisa autónoma e à componente teórica lecionada no mestrado, permitiram consolidar conhecimentos sobre a atuação do enfermeiro neste domínio sensível e complexo.

Considerando que um dos principais objetivos do PNSIJ (DGS, 2013) consiste na identificação, apoio e orientação de crianças e famílias vítimas de maus-tratos ou violência, foi ao longo das consultas de vigilância que se esteve, particularmente, com atenção à identificação de sinais de alerta ou indicadores de risco. A relação de proximidade que o Enfermeiro de Família desenvolve com a criança e o seu agregado familiar coloca-o numa posição privilegiada para observar o desenvolvimento físico, intelectual e emocional, a qualidade das interações familiares, e detetar precocemente situações de vulnerabilidade. Este acompanhamento contínuo permite não só prevenir, mas também sinalizar e encaminhar adequadamente para os recursos mais adequados, nomeadamente os NACJR, serviços de psicologia, entre outros (DGS, 2013).

De salientar que, também em contexto de urgência pediátrica, foi possível identificar sinais físicos e emocionais sugestivos de mal-estar psíquico. Um dos casos que marcou esta experiência envolveu uma criança de 10 anos que recorreu ao Serviço de urgência por dor abdominal recorrente, sem causa clínica aparente. Durante a triagem, foi evidente um

comportamento retraído, evitação do contacto visual e ansiedade significativa. A interação com o pai foi limitada, tendo este minimizado as queixas da criança. A ausência de alterações clínicas significativas levou a equipa a considerar um possível sofrimento emocional, associado a ansiedade escolar ou a fatores psicossociais. Após partilha de observações com o pediatra, foi sugerido o encaminhamento para avaliação psicológica, promovendo assim uma abordagem centrada não apenas na doença, mas na criança enquanto ser biopsicossocial.

Estes episódios demonstram a importância de uma atuação do EEESIP, sustentada em competências de observação, comunicação e articulação interprofissional, visando a deteção precoce de situações de risco e a promoção de uma resposta adequada, centrada na criança e na família.

Cuida da criança/jovem e família em situações de especial complexidade

O EEESIP assume um papel determinante na resposta às necessidades de crianças e adolescentes em contextos clínicos de elevada complexidade, bem como no suporte às suas famílias. Possui competência para identificar sinais de compromisso das funções vitais e situações de risco de vida, intervindo com cuidados de enfermagem diferenciados que visam salvaguardar a saúde e o bem-estar da criança/adolescente e do seu núcleo familiar (OE, 2018).

Durante a prática clínica, desenvolveram-se competências que visaram a gestão e identificação precoce da instabilidade das funções vitais da criança/adolescente. A combinação de uma abordagem serena no cuidado e um olhar atento à evolução do estado clínico, permitiu antecipar situações de risco e agir de forma proativa.

Em particular, no contexto de urgência pediátrica, a capacidade de identificar rapidamente alterações nos parâmetros vitais foi fundamental. Um exemplo marcante foi o caso de uma criança que, após o diagnóstico de derrame pleural, começou a apresentar sinais de instabilidade clínica. A saturação periférica de oxigénio apresentou uma diminuição significativa, acompanhada de taquicardia, o que indicava um agravamento da condição clínica da criança. Através de uma avaliação cuidadosa e imediata, foi possível intervir rapidamente. Após colocação de oxigénio por cânula nasal, a equipa médica procedeu à colocação de dreno torácico (com a devida administração prévia de terapêutica analgésica) para alívio de pressão pleural e estabilização da função respiratória. Este episódio sublinha a importância de uma vigilância constante e da capacidade de reconhecer sinais clínicos de compromisso. A observação meticulosa e a capacidade de agir prontamente são competências fundamentais para garantir a segurança e o bem-estar do cliente. A atuação em equipa, envolvendo profissionais de diferentes especialidades, foi igualmente essencial para que a intervenção fosse bem-sucedida, assegurando a estabilidade clínica da criança.

No contexto do Internamento de Oncologia Pediátrica, foi possível vivenciar um episódio potenciador de uma reflexão profunda sobre a dignidade no cuidado de crianças/adolescentes na fase de fim de vida. Assim, acompanhou-se o percurso de um adolescente com diagnóstico de cancro em estadió terminal, integrado no seguimento da equipa multidisciplinar de cuidados paliativos. Após uma análise clínica cuidada e uma reunião com os pais sobre a situação clínica sensível da criança, a equipa decidiu respeitar o último desejo da mesma, proporcionando-lhe a concretização de um momento especial antes do seu falecimento (Monteiro et al., 2021). Este episódio destacou a importância de uma abordagem humanizada no cuidado ao cliente em fim de vida, evidenciando o papel do enfermeiro na promoção da dignidade da criança/adolescente, no respeito pelos seus direitos e na comunicação eficaz com a família durante o processo de luto. A capacidade de intervir de forma ética e sensível, respeitando as decisões da família e oferecendo simultaneamente conforto físico e emocional, revela-se essencial para assegurar uma morte serena, com respeito e compaixão.

Esta experiência no internamento de Oncologia Pediátrica contribuiu significativamente para o reforço das competências técnicas e emocionais, sublinhando a importância da observação clínica rigorosa e da intervenção antecipatória. Permitiu, ainda, desenvolver a capacidade de equilibrar o conhecimento técnico-científico com a empatia e o cuidado relacional, pilares fundamentais na prestação de cuidados pediátricos de excelência. Esta vivência foi determinante para o crescimento profissional, sobretudo em contextos de elevada complexidade e risco, onde a atuação técnica e a dimensão humana do cuidar devem coexistir, harmoniosamente, para garantir a melhor qualidade de vida possível.

“A ideia de dor e de sofrimento é uma das muitas preocupações de pais e enfermeiros quando uma criança tem um problema de saúde” (OE, 2013, p. 9). De acordo com a OE (2018), o enfermeiro exerce um papel preponderante na identificação e no controlo da dor, sendo o profissional com maior proximidade e permanência junto da criança e família, o que lhe confere uma posição privilegiada no acompanhamento e monitorização das condições clínicas. Este dever e responsabilidade adquirem uma relevância especial para o EEESIP que reúne competências específicas para a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança e do adolescente, aplicando um conjunto de conhecimentos integrados sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual, garantindo a implementação de medidas farmacológicas e não farmacológicas adequadas ao controlo e alívio da dor (OE, 2018).

Uma das primeiras etapas fundamentais na gestão eficaz da dor, consiste na sua avaliação correta. Para tal, é imprescindível a utilização de instrumentos validados que permitam a sua quantificação de forma precisa, tendo em consideração o tipo de dor, o contexto clínico e a idade da criança (DGS, 2010).

No âmbito pediátrico, e de acordo com as orientações da DGS, recorre-se à aplicação sistemática de escalas específicas, adequadas a diferentes faixas etárias, com periodicidade

mínima de oito em oito horas, em contexto de internamento. Entre estas, incluem-se,: a escala EDIN (Échelle Douleur Inconfort Nouveau-né), utilizada em RN; a escala FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability), indicada para crianças com menos de quatro anos, ou sem capacidade para verbalizar, ou com multideficiência; a escala FLACC-R (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability - Revised), aplicável a partir dos quatro anos; e a Escala Numérica, recomendada a partir dos seis anos de idade (DGS, 2010).

A aplicação adequada destas escalas, bem como a explicação da sua utilização às crianças quando possível, é um critério essencial para assegurar uma prestação de cuidados segura e de qualidade (OE, 2011). Deste modo, destaca-se a pertinência do exercício profissional na seleção criteriosa da escala mais adequada a cada criança ou adolescente, e de manter a sua utilização de forma consistente ao longo do internamento, desde que o estado clínico se mantenha estável, promovendo assim a fiabilidade e a comparabilidade dos dados recolhidos (DGS, 2010).

O controlo eficaz da dor em RN representa uma prioridade na prestação de cuidados em contexto de Neonatologia, sendo fundamental para a promoção do conforto, da estabilidade fisiológica e do neurodesenvolvimento saudável. A dor, ainda, que muitas vezes subestimada nesta faixa etária, tem repercussões significativas a curto e longo prazo, podendo interferir com a maturação neurológica, os padrões de sono, a autorregulação e alterar os limiares de dor (Santos et al., 2021).

No contexto da Neonatologia, privilegiou-se a prestação de cuidados centrados no desenvolvimento, promovendo, sempre que possível, a redução de estímulos ambientais como a luminosidade, o ruído e a temperatura, de modo a favorecer o conforto e a estabilidade dos RN. Adotaram-se estratégias de manipulação mínima, com agrupamento de cuidados, respeitando os ciclos de sono/vigília dos RN e articulando com os restantes profissionais, nomeadamente com a equipa médica, durante os momentos de observação clínica (Karp, 2023).

Partindo da experiência adquirida durante o estágio e em comparação com a evidência científica atual, foi possível comprovar e aprimorar a execução da técnica de contenção, que se demonstrou particularmente eficaz, quando aplicada de forma contínua, durante procedimentos, potencialmente, dolorosos ou manipuladores. Esta estratégia promoveu a autorregulação do RN e contribuiu para a redução da necessidade de recurso a medidas farmacológicas no controlo da dor.

Outras estratégias não farmacológicas para o alívio da dor foram também implementadas, nomeadamente alívio da pressão por alternância entre máscara e *prongs* nos RN em ventilação não invasiva, contacto pele a pele, posicionamento adequado, sucção não nutritiva, administração de sacarose a 24% ou, quando disponível, a aplicação de gotas de leite materno.

No contexto inserido nos Cuidados de Saúde Primários, especificamente na USF, a dor esteve essencialmente associada à vacinação. No RN e lactente promoveu-se a amamentação como

uma estratégia para aliviar a dor, proporcionando conforto e segurança. Para as crianças mais velhas, foi promovido um ambiente seguro e acolhedor, com a presença dos pais, que as mantinham ao colo, criando um espaço de confiança e tranquilidade. Simultaneamente, implementavam-se outras medidas de controlo da dor, como técnicas de distração e relaxamento, a prática de elogiar a criança após o procedimento, de forma a minimizar o impacto emocional da experiência e promover uma resposta positiva à vacinação (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, 2021).

De acordo com a OMS (2020), para promover um desenvolvimento saudável nas crianças, é fundamental reduzir o tempo em atividades sedentárias e incentivar o brincar. Para a criança, brincar torna-se essencial para a expressão emocional e o desenvolvimento das mesmas, especialmente em contextos hospitalares, onde a ludoterapia (brincar, cantar, desenhar e contar histórias) tem um papel terapêutico significativo.

O EEESIP tem a responsabilidade de prestar cuidados dirigidos à promoção de ganhos efetivos em saúde da criança e do jovem. Para esse efeito, deve utilizar um conjunto alargado de intervenções terapêuticas de enfermagem, tanto de natureza convencional como complementar, devidamente fundamentadas na melhor evidência científica disponível (OE, 2018).

Tendo por base estas considerações, em contexto hospitalar, o recurso à ludoterapia tem-se demonstrado um método eficaz no apoio à criança, particularmente na fase de aceitação do internamento, ao ajudá-la a compreender o que está a acontecer, promovendo o seu envolvimento e a colaboração no processo de tratamento (Pena et al., 2021).

Reflexo disso foi a utilização, em contexto de urgência, de brinquedos, histórias e outras atividades lúdicas, que proporcionaram distração à criança durante os procedimentos médicos e de enfermagem, facilitando igualmente a realização de exames e tratamentos (Pena et al., 2021). Além disso, a ludoterapia favoreceu a cooperação da criança, tornando o atendimento mais eficaz e menos traumático.

No decorrer do estágio nos Cuidados de Saúde Primários, a ludoterapia revelou-se igualmente eficaz, especialmente, em momentos como a vacinação. Graças à utilização de técnicas lúdicas, como a representação simbólica ou o narrar de histórias, foi possível aliviar a ansiedade associada aos procedimentos, proporcionando uma experiência mais positiva tanto para a criança quanto para os pais.

Para além disso, um outro fator determinante na humanização dos cuidados pediátricos é o ambiente físico, no qual a sua configuração, que inclui a escolha das cores, a pintura das paredes e a diminuição do ruído, deve ser cuidadosamente pensada para garantir a privacidade e o conforto das crianças e adolescentes (Tomás et al., 2023). Essas considerações, em conjunto com a ludoterapia, contribuem para uma experiência menos intimidadora e mais adaptada às

necessidades emocionais das crianças.

A descoberta de uma doença crónica ou incapacitante desencadeia múltiplas e diversas reações, tanto a nível individual como familiar. Cada criança/jovem e família reage ao diagnóstico de maneira única, necessitando de tempo e suporte adequados para processar e adaptar-se a essa nova realidade. O EEESIP tem como função, facilitar a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica e deficiência/incapacidade.

No contexto dos estágios desenvolvidos, surgiu a oportunidade de desenvolver e aprimorar competências que visam apoiar essa adaptação, promovendo um processo de aceitação e apoio contínuo.

Durante o estágio no serviço de Oncologia Pediátrica, conseguiu-se acompanhar uma criança em idade escolar, diagnosticada com um tipo raro de cancro, sendo este o seu primeiro contacto com o diagnóstico oncológico. A criança, até então saudável, viu-se subitamente confrontada com a necessidade de internamento hospitalar e a realização de um conjunto de exames médicos complexos e invasivos, causando grande desconforto e insegurança. A transição de uma rotina ativa e despreocupada para um cenário de doença grave, foi um momento delicado e desafiador, tanto para a criança quanto para a família.

A criança, muito comunicativa e com um grande espírito de curiosidade, inicialmente, expressou o seu medo e confusão em relação ao que estava a acontecer ao seu corpo. Através de uma abordagem empática e centrada na criança, criou-se um ambiente seguro e acolhedor, onde a criança podia expressar todos os seus sentimentos e receios. Através do diálogo constante, foi possível compreender os seus medos, nomeadamente, em relação aos tratamentos desconhecidos e à separação do ambiente familiar.

Dada a necessidade de iniciar o tratamento de quimioterapia e o impacto emocional na criança, foram utilizadas estratégias lúdicas e educativas, como brinquedos terapêuticos e linguagem simples, para explicar o que era a quimioterapia e a razão pela qual era fundamental para o tratamento da doença. Estas estratégias transformaram um procedimento que poderia parecer assustador em algo mais compreensível e menos ameaçador. Ao mesmo tempo, foi crucial assegurar à criança que não estava sozinha, e que os pais estariam sempre ao seu lado, proporcionando o apoio emocional necessário sempre que possível.

Para além disso, foi imprescindível envolver os pais nas explicações e assegurar que estivessem devidamente informados sobre os cuidados que poderiam proporcionar à criança durante o tratamento. Os pais foram, igualmente, instruídos sobre os cuidados pós-tratamento e orientados sobre como poderiam acompanhar a criança durante as sessões de quimioterapia, assegurando a continuidade do vínculo emocional e o apoio constante da família. Este processo de ensino e adaptação permitiu à criança compreender o seu diagnóstico e tratamento, de forma gradual e adequada à sua idade, minimizando o medo e a ansiedade provocados por esta

nova realidade (Correa et al., 2024).

Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem

A criança encontra-se em contínuo processo de crescimento e desenvolvimento, englobando as dimensões psicomotora, cognitiva, emocional e social. A vigilância da saúde infantil e juvenil tem como principal objetivo acompanhar este processo, permitindo a deteção precoce de alterações que possam comprometer a qualidade de vida, o sucesso escolar ou a integração social. O desenvolvimento psicomotor configura-se como uma progressão sequencial e interligada de competências, na qual as áreas motoras e cognitivas se influenciam mutuamente. Contudo, é fundamental reconhecer que a velocidade de progressão e a idade de aquisição de competências variam de criança para criança (Festas et al., 2020).

Neste contexto, as consultas de enfermagem de saúde infantil e pediátrica assumem um papel estratégico na promoção da saúde e na identificação atempada de sinais de alarme, permitindo intervenções precoces que minimizam o impacto de eventuais perturbações no desenvolvimento (DGS, 2013). Compete ao EEESIP assegurar que estas consultas decorrem com qualidade metodológica, promovendo o crescimento e o desenvolvimento infantil, tendo em conta a especificidade das etapas do ciclo de vida infantil e as necessidades da família.

Durante o estágio nos Cuidados de Saúde Primários, em contexto de USF, a participação nas consultas de enfermagem em saúde infantil revelou-se essencial para o desenvolvimento da autonomia técnica, relacional e reflexiva. Apesar do tempo limitado, foi possível realizar consultas centradas na avaliação do crescimento e do desenvolvimento infantil, em consonância com o PNSIJ (DGS, 2013).

Desde o primeiro contacto com a criança e família, iniciava-se a observação cuidadosa da interação entre ambos, da forma como comunicavam e interagiam, do comportamento espontâneo da criança e da sua expressão durante o brincar. Ao mesmo tempo, a construção do vínculo e da confiança foi favorecido pelo recurso ao brincar, utilizado como instrumento tanto de avaliação como de aproximação relacional. Ao longo dos diferentes contactos, adotou-se uma comunicação clara, empática e intencional, permitindo prestar recomendações adequadas ao estadio de desenvolvimento da criança, esclarecer dúvidas dos pais, e reforçar práticas promotoras de saúde. Por outro lado, foi dada especial atenção à identificação de sinais de alerta. Numa abordagem centrada na prevenção e promoção da saúde, foram valorizados os cuidados antecipatórios, com transmissão de conhecimentos sobre temas como alimentação, sono e repouso, exposição a ecrãs, brincadeira, birras, disciplina, saúde oral, segurança e prevenção de acidentes, sempre ajustados à idade, estadio de desenvolvimento e realidade familiar da criança (DGS, 2013).

Durante todo este processo, procurou-se envolver a criança e os pais na definição de objetivos e na negociação de estratégias, respeitando o seu projeto de vida e promovendo a autodeterminação da criança/jovem e o *empowerment* parental. Esta abordagem permitiu uma prestação de cuidados mais centrada na pessoa, sensível ao contexto e promotora de ganhos em saúde sustentáveis (DGS, 2013; Sousa et al., 2023).

Em contexto de saúde, mais do que aquilo que é dito, é fundamental aquilo que é efetivamente compreendido, tanto pelo profissional como pelo cliente (Sequeira, 2016). O cuidar e a comunicação constituem-se dimensões inseparáveis da prática de enfermagem, particularmente, numa profissão centrada na relação. Assim, o enfermeiro deve desenvolver competências comunicacionais que sustentem uma prática terapêutica eficaz, potenciando a qualidade dos cuidados prestados.

Na prática clínica, a comunicação reveste-se de uma complexidade acrescida, resultante da diversidade de faixas etárias, das especificidades de cada estadio de desenvolvimento e da presença inevitável da tríade criança-pais-profissional. Este modelo comunicacional exige do EEESIP a capacidade de ajustar a sua abordagem, comunicando com a criança e família de forma sensível ao estadio de desenvolvimento, à cultura e ao contexto sociocultural em que se inserem, respeitando sempre a individualidade e as crenças de cada núcleo familiar (Cerqueira & Barbieri-Figueiredo, 2020).

No decurso do estágio, estabeleceu-se uma relação empática com os pais e/ou figuras significativas, incentivando o diálogo, transmitindo segurança e demonstrando abertura e disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas. A comunicação foi sempre mediada de forma cuidadosa, respeitando o equilíbrio entre a informação que os pais desejavam receber e aquela para a qual, emocionalmente, ainda não estavam preparados. Essa sensibilidade revelou-se crucial para reduzir a ansiedade e promover uma maior atenção e envolvimento no processo de cuidados. Acrescenta-se, ainda, que foi utilizada uma linguagem clara e acessível, recorrendo a questões abertas, ao reforço positivo e privilegiou-se uma escuta ativa e reflexiva. O silêncio foi, por vezes, também utilizado de forma consciente, promovendo espaços de reflexão e expressão emocional, quebrando-o sempre que necessário para encorajar a partilha.

Ao longo do ciclo de desenvolvimento, as crianças vão comunicando de diferentes formas (Sequeira, 2016). Nesse âmbito, importa salientar que nos vários contextos de estágio profissional a comunicação assumiu diferentes nuances. No cuidado ao RN priorizou-se uma postura serena e tranquila, respeitando o ritmo e os sinais do bebé. O comportamento do RN era observado antes de qualquer intervenção, utilizava-se um tom de voz baixo e pausado, realizava-se contenção terapêutica com as mãos e, sempre que possível, os pais eram envolvidos na contenção, promovendo o vínculo e a participação ativa. Perante sinais de stress, a manipulação era interrompida e aguardava-se calmamente até que o RN se reorganizasse.

No contacto com lactentes, incentivou-se o contacto visual entre a criança e os pais,

estimulando a que fossem estes a realizar a maioria das manipulações, com o objetivo de reduzir a ansiedade e prevenir o choro. Na idade pré-escolar, reconhecendo a tendência para interpretações egocêntricas e literais da linguagem, foram evitadas expressões ambíguas, assegurando a congruência entre linguagem verbal e não verbal (Tavares, 2011). Sempre que possível, permitiu-se à criança explorar previamente os objetos a utilizar, nomeadamente, o termómetro para avaliação de temperatura timpânica.

Relativamente às crianças em idade escolar, que revelam uma maior necessidade de compreender racionalmente os procedimentos e antecipar acontecimentos, foi valorizada a explicação prévia, clara e objetiva, bem como a sua participação ativa (Sequeira, 2016). Incentivou-se a manipulação dos materiais, criando oportunidades para a partilha de emoções e preocupações, particularmente em situações associadas a procedimentos potencialmente dolorosos, dada a sua sensibilidade à dor e à imagem corporal (Tavares, 2011).

Na comunicação com adolescentes, adotou-se uma abordagem centrada na escuta ativa, valorizando a autenticidade da expressão individual e respeitando os seus tempos de resposta. Procurou-se manter uma postura não julgadora (Sequeira, 2016), demonstrando genuíno interesse pelas suas vivências e interesses, utilizando estes como estratégias facilitadoras da relação terapêutica — por exemplo, através de comentários sobre preferências musicais, quando essas se evidenciavam. A confidencialidade foi abordada de forma transparente, esclarecendo os seus limites, promovendo assim um ambiente seguro e de confiança.

A comunicação constitui, assim, um elemento estruturante do encontro entre o enfermeiro e a criança/jovem e respetiva família. O EEESIP, enquanto profissional qualificado, deve articular as especificidades comunicacionais com as particularidades das diferentes fases do desenvolvimento infantil e juvenil, promovendo relações terapêuticas sólidas e intervenções eficazes.

Como já abordado no presente documento, a parentalidade é compreendida como um conjunto de comportamentos, responsabilidades e interações exercidas por adultos com o objetivo de assegurar a sobrevivência, o bem-estar e o desenvolvimento pleno das crianças (OE, 2024). O exercício da parentalidade, particularmente, nas fases iniciais da vida da criança, é de extrema importância, uma vez que a qualidade dos cuidados parentais influencia significativamente o desenvolvimento emocional, cognitivo e social, com repercussões a longo prazo (Olga & Pereira, 2023).

Durante essa fase, o estabelecimento da relação entre os pais e o RN reveste-se de uma importância significativa, sendo fundamental identificar e intervir precocemente em fatores que possam influenciar positiva ou negativamente essa ligação. A vinculação, enquanto ligação emocional profunda e duradoura, constitui-se como a base para a segurança emocional e a construção de relações futuras (Ferreira, 2021). Assim, é essencial que o EEESIP promova estratégias de intervenção que facilitem a integração do RN no seio familiar e que estimulem o

desenvolvimento das competências parentais.

É de salientar que esta dimensão de competência foi transversal a todos os contextos de estágio, dado que a prestação de cuidados a RN e lactentes ocorreu em diferentes unidades. Contudo, foi nos estágios realizados na UCC e Serviço de Neonatologia que a intervenção nesta área se revelou mais significativa, quer pela natureza das necessidades dos clientes, quer pelo perfil de atuação requerido. Neste sentido, foram prestados cuidados centrados na família, fornecendo informação clara e acessível sobre as competências neurocomportamentais do RN, promovendo a amamentação e incentivando o envolvimento dos pais nos cuidados diários. Além disso, foi realizada a instrução e capacitação para a prática do Método Canguru, reforçando a importância do contacto pele a pele como facilitador da vinculação.

Além dessas estratégias, a prática da massagem infantil, no contexto da UCC, também foi uma ferramenta importante no fortalecimento do vínculo afetivo entre pais e filhos. As sessões de massagem proporcionam um momento de toque e atenção plena, ajudando a estabelecer uma conexão emocional mais profunda e promovendo o bem-estar tanto do RN quanto dos pais. Este contacto físico contribui para a segurança emocional e o desenvolvimento saudável da criança, sendo uma prática simples, mas eficaz, para a promoção da vinculação.

COMPETÊNCIAS DO EEESIP E A RELAÇÃO COM A TEMÁTICA SÍNDROME DE MORTE SÚBITA

O EEESIP assume um papel central na promoção da segurança e bem-estar da criança, sendo detentor de um conjunto de competências clínicas e educativas fundamentais para a prevenção da SMS. A sua intervenção assenta numa abordagem holística que abrange as dimensões de avaliação, planeamento, implementação de cuidados personalizados, educação parental e monitorização contínua.

O EEESIP é competente na identificação precoce de fatores de risco associados à SMS, através de uma avaliação sistemática do ambiente do RN, hábitos de sono, práticas parentais e contexto sociofamiliar. Esta competência permite detetar situações como a utilização de almofadas e mantas, práticas de *co-sleeping*, colchões inadequados ou exposição ao tabaco (Fraga et al., 2024) promovendo uma atuação preventiva e fundamentada na evidência científica.

Com base na pesquisa realizada, o enfermeiro especialista delinea planos de cuidados individualizados e adequados às necessidades específicas de cada família. Estes cuidados incluem a orientação para a criação de um ambiente de sono seguro, a valorização da amamentação, o incentivo à vacinação e a promoção de práticas alinhadas com as recomendações atualizadas para a prevenção da SMS.

A educação para a saúde constitui uma área nuclear da prática do EEESIP, sendo responsável por desenvolver estratégias educativas acessíveis e culturalmente sensíveis, com vista ao reforço da literacia em saúde dos pais e cuidadores. Através de sessões formais e interações educativas em contexto clínico, o enfermeiro promove o conhecimento sobre o posicionamento seguro da criança, o controlo ambiental adequado e a evicção de fatores de risco (Grunewald, 2023; Silva et al., 2023).

A competência de monitorização contínua permite ao EEESIP acompanhar a adesão das famílias às orientações fornecidas e avaliar a eficácia das intervenções realizadas. Esta vigilância, realizada em diferentes contextos de cuidados (internamento, consulta, domicílio), possibilita a identificação de eventuais lacunas ou retrocessos, permitindo o reajuste do plano de cuidados e a implementação de medidas corretivas em tempo útil.

Assim, o EEESIP, enquanto profissional especializado, é chamado a intervir de forma integrada e proativa na prevenção da SMS, promovendo práticas seguras, apoiando o desenvolvimento do papel parental e assegurando que os cuidados prestados à criança são não só eficazes, como sustentados por uma base sólida de conhecimento científico, sensibilidade cultural e vínculo terapêutico.

Durante os estágios realizados UCC foi possível identificar, no âmbito das sessões de educação parental, diversas lacunas no conhecimento das famílias relativamente às práticas preventivas associadas à SMS. Esta constatação evidencia que, apesar dos avanços em campanhas de sensibilização e educação para a saúde, muitos pais continuam a não dispor de informação suficientemente clara, estruturada ou atualizada sobre como garantir um ambiente seguro para o sono da criança. Exemplos disso incluem o desconhecimento sobre a importância de colocar a criança a dormir em posição dorsal, evitar o *co-sleeping*, manter o berço livre de objetos soltos, e assegurar um ambiente livre de exposição ao fumo.

As sessões de educação parental desenvolvidas na UCC foram concebidas precisamente para colmatar estas lacunas, promovendo a literacia em saúde através de orientações baseadas na evidência e de um espaço seguro para esclarecimento de dúvidas. A intervenção teve como objetivo não apenas informar, mas também sensibilizar os pais para a relevância das práticas de sono seguro. Durante estas sessões, abordaram-se os principais fatores de risco, recorrendo a materiais educativos e dinâmicas de grupo que facilitaram a compreensão e a participação ativa dos pais.

Em diversos momentos, verificou-se que os pais possuíam informação fragmentada ou incorreta, sobretudo no que respeita à posição de sono, à regulação térmica do ambiente e à escolha de colchões ou roupas de cama. Através de orientações práticas, simples e contextualizadas, foi possível corrigir estas perceções, promovendo decisões parentais mais informadas e seguras.

Outro contexto particularmente relevante para a abordagem da temática da SMS foi o estágio em ambiente hospitalar, mais concretamente nos cuidados intermédios do Serviço de Neonatologia. Neste cenário, a intervenção focou-se na capacitação dos pais de RN de risco, nomeadamente prematuros ou com condições clínicas delicadas, com vista à preparação para o regresso a casa. Após uma componente teórica, com explicação dos fatores de risco da SMS e das recomendações internacionais para a sua prevenção, idealizou-se cenários fictícios, no sentido de se realizar uma simulação prática para reforçar e validar os conhecimentos adquiridos.

Nesta simulação, foi apresentado aos pais um cenário fictício, com duas configurações distintas do quarto do bebé: uma adequada e uma inadequada. O cenário incorreto incluía práticas inseguras como almofadas, cobertores soltos ou colchão demasiado mole, enquanto o cenário correto respeitava as normas de segurança recomendadas, nomeadamente colchão firme, ausência de objetos soltos e temperatura ambiente adequada (18–21°C). Esta abordagem permitiu aos pais identificar visualmente os erros e consolidar as práticas recomendadas.

As simulações revelaram-se estratégias pedagógicas altamente eficazes, permitindo aos cuidadores aplicar o conhecimento de forma prática, discutir situações do quotidiano e esclarecer dúvidas com base em exemplos reais. Esta metodologia facilitou não só a aprendizagem ativa, como também a retenção da informação, criando um ambiente interativo e reflexivo.

A conjugação entre ensino teórico e experiências práticas, reforça a importância de uma abordagem educativa sólida e centrada na família, particularmente no que respeita à prevenção da SMS. O EEESIP, enquanto facilitador da aprendizagem e promotor de segurança, deve adaptar continuamente as suas intervenções às necessidades específicas de cada família, recorrendo a diferentes estratégias – como a simulação – para garantir que a informação seja compreendida, interiorizada e aplicada.

Esta abordagem educativa tem um impacto direto na redução da incidência da SMS, pois ao promover o *empowerment* do papel parental, aumenta a sua capacidade para tomar decisões informadas e seguras. Para além disso, a validação contínua do conhecimento contribui para a construção de uma relação de confiança entre os pais e os profissionais de saúde, fator essencial para a promoção da saúde e do bem-estar infantil.

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

O percurso do MESIP representa, não apenas um marco académico, mas também uma jornada de grande transformação pessoal e profissional. Ao longo do mesmo, a gestão eficiente do tempo, a perseverança e a resiliência foram essenciais para ultrapassar os desafios constantes que surgiram, tanto no plano académico como no contexto clínico. A exigência deste ciclo de estudos intimou a combinação de dedicação intensa e a capacidade de adaptação constante, conciliando as diversas vertentes que compõem a vida de um estudante de mestrado, com as responsabilidades profissionais e pessoais.

O MESIP foi muito mais do que uma simples oportunidade de adquirir competências teóricas; proporcionou uma imersão direta naquela que é a realidade do cuidado pediátrico, permitindo estabelecer um contacto direto e enriquecedor com crianças e adolescentes e respetivas famílias. Esse processo foi crucial para o desenvolvimento profissional, na medida em que possibilitou a aquisição de competências práticas e a confrontação com situações clínicas concretas.

No decorrer do estágio, realizado em diferentes contextos pediátricos, foi possível compreender, de forma mais detalhada, as necessidades específicas das crianças e adolescentes, o que fortaleceu o compromisso com a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, numa abordagem centrada na criança e nos pais. Nesse âmbito, a promoção da prevenção da SMS e a implementação de boas práticas no cuidado pediátrico, destacaram-se como áreas de grande importância, nas quais se encontrou uma motivação intensa e um genuíno interesse, que impulsionaram uma evolução contínua enquanto futura EEESIP.

Deste modo, a formação foi intencionalmente estruturada para promover o desenvolvimento de competências na reflexão crítica sobre cenários clínicos, sendo concretizada numa metodologia baseada em estudos de caso reais. Através de situações práticas que integram a realidade hospitalar e dos Cuidados de Saúde Primários, foi necessária a tomada de decisão fundamentada e coerente, que não só se baseava em conhecimentos científicos, mas também em valores éticos e humanos, essenciais para os cuidados. Este processo contínuo de avaliação e reflexão sobre as decisões clínicas não só aprimorou as competências técnicas, mas também fortaleceu a capacidade de análise e reflexão crítica.

Um dos recursos mais significativos, utilizados neste percurso, traduz-se na plataforma educacional inovadora que simula um ambiente clínico de cuidados de enfermagem, com uma interface que integra a documentação e a tomada de decisão clínica, a E4nursing, que está assente na Ontologia de Enfermagem aprovada pela OE, e permitiu que o conhecimento teórico

fosse traduzido de forma prática e aplicável, dentro de um contexto realista. O uso desta plataforma estimulou a importância da documentação precisa e da fundamentação científica das decisões clínicas, essenciais para a qualidade dos cuidados, particularmente, em contextos críticos onde as intervenções são complexas e exigem uma reflexão detalhada. Ao longo desses cenários, tornou-se fulcral: identificar áreas de atenção prioritárias, reunir dados clínicos relevantes e estabelecer diagnósticos de enfermagem. A partir dessa base, desenvolveram-se objetivos e estratégias de intervenção específicas, baseadas na melhor e atual evidência científica. Considera-se que através da análise estruturada dos casos clínicos, foi possível adquirir não só competências técnicas, como também aprofundar a reflexão sobre as complexidades e os desafios da prestação de cuidados.

Além disso, ao longo do MESIP, instigou-se a compreensão acrescida da literacia em saúde, particularmente no contexto dos cuidados de saúde infantil e pediátrica. Este conceito, que transcende a transferência de conhecimento, implica capacitar os pais a compreenderem as necessidades de saúde das crianças e a tomar decisões informadas. A educação para a saúde, neste sentido, não se limita à mera explicação de conceitos, mas envolve uma comunicação eficaz, adaptada ao nível de compreensão de cada família, de forma a promover práticas que sejam seguras, preventivas e baseadas em evidência. A literacia em saúde torna-se, assim, uma ferramenta vital para fortalecer o papel do enfermeiro no apoio ao desenvolvimento da parentalidade, potenciando a capacidade dos pais para intervir de forma mais competente na saúde e no bem-estar dos seus filhos.

Neste contexto, a temática da SMS revela-se de extrema pertinência, pois, de acordo com a evidência científica mais recente, a abordagem preventiva deve incidir antes do nascimento (Fraga et al., 2024). Alertar os pais para os riscos associados à SMS desde a gravidez é crucial para uma transição de parentalidade segura e informada. Como demonstram os estudos mais recentes, embora o tema seja amplamente abordado pelos profissionais de saúde, muitos pais ainda encaram a SMS como uma possibilidade distante e improvável. Isso evidencia a necessidade de reforçar a educação parental, especialmente no contexto dos Cuidados de Saúde Primários, que desempenham um papel fundamental na preparação dos pais para o cuidado adequado ao RN.

Por outro lado, ao nível dos cuidados hospitalares, é essencial que, durante a preparação para o regresso a casa, as intervenções se alinhem com a orientação e o apoio contínuo dos Cuidados de Saúde Primários, garantindo que os pais recebam informações completas e consolidadas. A DGS e a Sociedade Portuguesa de Pediatria já elaboraram diretrizes específicas para a prevenção da SMS, e o Boletim de Saúde Infantil e Juvenil também oferece recomendações que visam diminuir os fatores de risco associados a esta síndrome.

Apesar dos avanços na prevenção, a SMS continua a ser uma realidade trágica, mas em parte evitável. A prevenção está ao alcance de medidas simples, eficazes e cientificamente validadas.

Contudo, para que estas medidas sejam efetivamente implementadas, é necessário um esforço conjunto entre profissionais de saúde, famílias e a comunidade, promovendo uma verdadeira cultura de segurança no cuidado à criança.

Nesse sentido, a pesquisa realizada nesta área é fundamental, pois contribui diretamente para a melhoria da qualidade dos cuidados, fornecendo dados baseados em evidências que orientam a prática dos enfermeiros e oferecem suporte educativo aos pais. Além disso, ao promover a educação contínua e a intervenção precoce, reforça a confiança dos pais no seu papel, garantindo um ambiente seguro e saudável para o desenvolvimento da criança.

Este processo de aprendizagem revelou-se uma oportunidade para refletir sobre o papel do enfermeiro como agente de mudança. A cada estágio e a cada desafio clínico, compreendeu-se o impacto direto das intervenções de enfermagem na melhoria dos cuidados prestados, tanto a nível físico como emocional, às crianças e às suas famílias.

O cuidado em saúde infantil e pediátrico não se resume meramente ao tratamento da sintomatologia, inclui um compromisso contínuo com a educação e o suporte emocional dos pais, garantindo um cuidado integral e holístico, capacitando-os para a gestão de situações complexas, como o diagnóstico de doenças crónicas ou a prevenção de situações de risco, como a SMS.

Em suma, o MESIP, foi sem dúvida uma experiência imersiva que proporcionou uma nova visão da prática de enfermagem, integrando a teoria, a prática e a reflexão crítica de forma contínua. As competências adquiridas e os desafios enfrentados foram fundamentais para desenvolver uma compreensão mais holística do cuidado e aprimorar a capacidade de resposta às necessidades complexas das crianças, dos adolescentes e das suas famílias.

Assume-se que este é apenas o início de uma trajetória de crescimento constante, com o compromisso de que a prática de enfermagem será sempre orientada pelos princípios da ética, da evidência científica e, acima de tudo, pelo bem-estar da criança, do adolescente e das suas famílias.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central do Sistema de Saúde (2015). *Recomendações técnicas para serviços de Urgências*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Urgencias_2015.pdf

Administração Central do Sistema de Saúde. (2017). *Recomendações técnicas para unidades de neonatologia*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes_Tecnicas_Neonatologia_11_2017.pdf

Albuquerque, L. K. S., Feijão, A. M. L., Alves, C. N. C., Braga Filho, F. M. A., Sousa, R. A. de, Freitas, V. C. C. de, Alves, K. S. B., Noronha, R. de S., Araújo, J. C. M. de, & Carneiro, L. de P. (2024). Práxis do método canguru na percepção dos profissionais de enfermagem. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 24(10), e16477. <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/16477>

Almohalha, L., Pinto, A. P. V., & Gomes, R. V. L. (2022). O significado da maternidade para mães de bebê pré-termo. *In Open Science Research IX*, 9, 357–372. Editora Científica Digital. <https://doi.org/10.37885/221211241>

Alves, L. M. (2020). Erik Erikson: os estágios psicossociais do desenvolvimento. *Ensaios e Notas*. https://www.researchgate.net/publication/372498910_Erik_Erikson_os_estagios_psicossociais_do_desenvolvimento

Alves, P. (2021). *Crítica de la concepción ahistórica en el cognitivismo de Jean Piaget*. [Master's thesis, Universidad de Extremadura] Repositorio institucional de la Universidad de Extremadura. <https://dehesa.unex.es:8443/handle/10662/13587>

Alves, R. (2020). Cuidar para a promoção para a saúde: Intervenções de enfermagem na maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento infantil e juvenil [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/37367>

Antony, E. M. (2022). Framing childhood resilience through bronfenbrenner's ecological systems theory: A discussion paper. *Cambridge Educational Research e-Journal*, 9, 244–257. <https://doi.org/10.17863/CAM.90564>

Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. (2021). *Recomendações da associação portuguesa para o estudo da dor para o controlo da dor na vacinação pediátrica: Linhas orientadoras para a prática clínica*. https://www.aped-dor.org/documentos/vac_young/recomendacoes_aped.pdf

- Atanásio, I. C., Custódio, I. C., & Frias, A. M. A. (2024). O parto prematuro e a transição para a parentalidade: Uma revisão narrativa. In *Enfermagem materna e obstétrica: cuidar no parto e no pós-parto, 1*, 143-157. Editora Científica. <https://doi.org/10.37885/231014742>
- Atherton, G., Edisbury, E., Piovesan, A. Cross, L. (2022). Autism through the ages: A mixed methods approach to understanding how age and age of diagnosis affect quality of life. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 52, 3639-3654. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10803-021-05235-x>
- Balsas, A. (2023). *O enfermeiro como promotor do desenvolvimento infantil: Capacitação parental para o brincar* [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum RCAAP. <http://hdl.handle.net/10400.26/48595>
- Barratt, M., Bail, K., Lewis, P., & Paterson, C. (2024). Nurse experiences of partnership nursing when caring for children with long-term conditions and their families: A qualitative systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 33(3), 932-950. <https://doi.org/10.1111/jocn.16924>
- Bazzan, J. S., Milbrath, V. M., Gabatz, R. I. B., Cordeiro, F. R., Freitag, V. L., & Schwartz, E. (2020). O processo de adaptação familiar à hospitalização infantil em unidade de terapia intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 54, e03614. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018056203614>
- Brito, E. A. W. D. S., Martins, M. C., Guedes, N. G., Oriá, M. O. B., Castro, R. C. M. B., Sousa, W. M. A., & Carneiro, T. A. (2022). Desinfecção de incubadoras usadas em unidades de cuidados intensivos neonatais: revisão integrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, 35, eAPE03397. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AR003397>
- Casey, A. (1993). Development and use of the partnership model of nursing care. In E. Glasper, A. Tucker, *Advances in child health nursing* (pp. 183-193). Scutari Press
- Cerqueira, C., & Barbieri-Figueiredo, M. C. (2020). Cuidados centrados na família. In A. L. Ramos & M. C. Barbieri-Figueiredo (Eds.), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 28-32). Lidel.
- Coriaty, C.M. (2024). *Hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva em bebés prematuros: Revisão descritiva* [Master's thesis, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa]. Repositório da Universidade Fernando Pessoa. <http://hdl.handle.net/10284/12911>
- Correia, A., & Lourenço, M. (2020). Promoción del sueño en unidades de cuidados intensivos neonatales: Scoping review. *Enfermería Global*, 19(1), 561-575. <https://doi.org/10.6018/eglobal.19.1.370941>
- Dantas, M. A., & Morais, R. D. C. M. (2021). Conhecimentos e atitudes da equipe de enfermagem de uma maternidade na promoção da termorregulação neonatal. *Research, Society and Development*, 10(10), e593101019110. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i10.19110>

Decreto-Lei n.º 52/2022 da Presidência do Conselho de Ministros. (2022). Diário da República: 1.ª Série, n.º 150. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2022/08/15000/0000500052.pdf>

Delnord, M., & Zeitlin, J. (2019). Epidemiology of late preterm and early term births: An international perspective. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 24(1), 3-10. <https://doi.org/10.1016/j.siny.2018.09.001>

Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde. (2014). Diário da República: 2ª Série, nº153. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>

Despacho n.º 1400-A/2015 do Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Diário da República: 2ª Série, n.º 28. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/1400-a-2015-66463212>

Despacho n.º 7539/2017 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2017). Diário da República: 2ª Série, n.º 164. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/7539-2017-108055019>

Despacho n.º 9775/2021 da Escola Superior de Enfermagem do Porto. (2021). Diário da República: 2ª Série, n.º 195. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9775-2021-172481242>

Direção-Geral da Educação. (2017). *Referencial de educação para a saúde*. https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esaude/referencial_educacao_saude_vf_junho2017.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2010). *Avaliação da dor nas crianças*. Orientação Técnica 014/2010. https://www.spp.pt/userfiles/file/evidencias%20em%20pediatria/orientacao%20dgs_014.2010%20de%20dez.2010.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa nacional de saúde infantil e juvenil*. Norma 010/2013. <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude/saude-infantil-e-juvenil.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2015). *Rede nacional de especialidade hospitalar e de referência materna, da criança e do adolescente*. <https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/02/Proposta-Rede-de-Referenciacao-Hospitalar-em-Obstetricia-Ginecologia-e-Neonatologia.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2018). *Sistemas de triagem dos serviços de urgência e referência interna imediata*. Norma 002/2018. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediata.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2019). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030*. https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2023). *Guia de comunicação em saúde: Áreas especializadas*. Plano

Nacional de Saúde 2030. https://pns.dgs.pt/files/2023/04/GBP_02_areas_especializadas.pdf

Direção-Geral de saúde. (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Norma 001/2017.

<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>

Escola Superior de Enfermagem do Porto. (2024). *Plataforma e4Nursing inova no ensino da Enfermagem*. ESEP. <https://www.esenf.pt/pt/noticias/plataforma-e4nursing/>

Fernandes, I., & Andrade, L. (2020). Nas consultas de enfermagem em contexto de cuidados de saúde primários. In A. L. Ramos & M. C. Barbiéri- Figueiredo (Eds.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 86–94). Lidel.

Fernandes, S., de Luca, F., Fonseca, S., Oliveira, F., & Areias, M. (2020). Sudden infant deaths syndrome: What healthcare professionals and parents know about how to prevent it in Portugal. *Yale Journal of Biology and Medicine*, 93(2), 482–490. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33005112/>

Ferreira, K. M. C. da S., Vasconcelos, N. R. A. de, Carvalho, V. K. L. de, & Pinheiro, G. N. B. (2021). A enfermagem neonatal e os cuidados paliativos em neonatos com graves problemas de saúde: Uma revisão integrativa. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 7(12), 1474–1493. <https://doi.org/10.51891/rease.v7i12.3590>

Festas, C., Quelhas, I., & Braga, M. C. (2020). A criança em idade pré-escolar (3 aos 6 anos) e escolar (6 aos 12 anos). In A. L. Ramos & M. C. Barbieri-Figueiredo (Eds.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 159–192). Lidel.

Fonseca, L., Panciera, S., & Zihlmann, K. (2021). Hospitalização em oncologia pediátrica e desenvolvimento infantil: Interfaces entre aspectos cognitivos e afetivos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 41, 1–13. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003189238>

Fraga, A., Azevedo, A., Veloso, J., Ferreira, M., Carvalho, F., Vale, F., Azevedo, A., Corte-Real, A. (2024). Sudden infant death syndrome — a community intervention project. *Revista Paulista de Pediatria*, 42, e2022205. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2024/42/2022205>

Goes, A. R. (2019). Literacia em saúde parental: Dos fundamentos às intervenções. *Saúde & Tecnologia*, (22), 8–12. <https://doi.org/10.25758/set.2237>.

Grunewald, S. T. F. (2023). Síndrome da morte súbita do lactente: Evidências científicas que baseiam as recomendações atuais. *HU Revista*, 49, 1–6. <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/41822>

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2019). *Wong's nursing care of infants and children* (11^a ed.). Elsevier.

Karp, H. (2023). *The happiest baby on the block: The new way to calm crying and help your newborn baby sleep longer*. Bantam trade.

Khasanah, N. N., Rustina, Y., Wanda, D., & Luthfa, I. (2024). Enhancing early bonding between mothers and preterm infants: Findings from a multicentre qualitative study of nurses. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 32, e4200. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7034.4201>

Kisner, E., Vilela, V. M., Bagattoli, V., Vilela, M. M., & Gabardo, B. M. A. (2024). Epidemiologia da síndrome da morte súbita do lactente no Brasil: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 13(11). <https://doi.org/10.33448/rsd-v13i11.47327>

Krous, H. F., Beckwith, J. B., Byard, R. W., Rognum, T. O., Bajanowski, T., Corey, T., Cutz, E., Hanzlick, R., Keens, T. G. & Mitchell, E. A. (2004). Sudden infant death syndrome and unclassified sudden infant deaths: A definitional and diagnostic approach. *Pediatrics*, 114(1), 234-238. <https://doi.org/10.1542/peds.114.1.234>

Loureiro, F., Antunes, A., & Charepe, Z. (2021). Theoretical nursing conceptions in hospitalized child care: Scoping review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(3), e20200265. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0265>

Lourenço, I. L, Gonçalves, M. S., Sequeira, M. S., Melo, M. F., & Gouveia, M. J. (2022). A tomada de decisão na gestão de cuidados em enfermagem: Uma revisão narrativa da literatura. *Gestão E Desenvolvimento*, 30, 557-578. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696>

Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008). *Enfermagem na maternidade*. Lusodidacta

Lusquiños, A., Mendes, A., & Bento, M. (2019, julho 16-19). O cuidado centrado na família da pessoa em situação crítica na unidade de cuidados intensivos: Revisão integrativa da literatura [Comunicação oral]. *Congresso Ibero-Americano de Investigação Qualitativa*, Lisboa. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2400>

Martorell, G., Papalia, D., & Feldman, R. (2020). *O mundo da criança: da infância à adolescência*. McGraw-Hill.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E-O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. <http://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

Mettler, M., & Kemper, D. (2006). Information therapy: The strategic role of prescribed information in disease self-management. *Studies in Health Technology and Informatics*, 121, 373-383. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17095835/>

Monteiro, D. T., Siqueira, A. C., & Trentin, L. S. (2021). Comunicação de notícias difíceis em uma unidade de oncologia pediátrica. *Boletim da Academia Paulista de Psicologia*, 41(101), 205-216. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2021000200007

Nascimento, A., Moraes, A., Souza, S., & Whitaker, M. C. (2019). Percepção da prematuridade por familiares na unidade neonatal: Estudo transcultural. *Revista Cuidarte*, 13(1),1-13. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1043>

Oliveira, A., Andrade, P., Pinheiro, E., Avelar, A., Costa, P., & Belela-Anacleto, A. (2020). Risk and protective factors for sudden infant death syndrome: A retrospective cohort study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(2), e20190458. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0458>

Oliveira, C. G. (2023). *A influência dos grupos heterogêneos no desenvolvimento e aprendizagem das crianças em idade pré-escolar* [Master's thesis, Escola Superior de Educação, Instituto Politécnico de Lisboa]. Repositório Institucional do IPL. <http://hdl.handle.net/10400.21/16810>

Oliveira, L. L., & Santos, C. O. dos. (2024). A importância da atuação do enfermeiro no acompanhamento nutricional em recém-nascidos prematuros de baixo peso. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 10(5), 5757-5767. <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/14206>

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*, 1(3). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*, 3(3). https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CadernosOE_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP_Vol_III.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento concetual. Enunciados descritivos*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Guia orientador de boa prática - Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadepositiva_vf.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento n.º351/2015. *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Diário

da República, n.º 19, série II.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/351-2015-67552235>

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 422/2018. *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Diário da República, n.º 133, série II.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>

Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento n.º 140/2019. *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, n.º 26, série II.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento n.º 743/2019. *Regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem*. Diário da República, n.º 184, série II.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Ordem dos Enfermeiros. (2021). Parecer da mesa do colégio da especialidade de enfermagem de saúde infantil e pediátrica N.º 08/2021. *Competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, no âmbito da realização da consulta de vigilância no programa nacional de saúde infantil e juvenil*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/22150/parecer-n%C2%BA-08_2021_compet%C3%AAncias-do-eeesip_anonimizado.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos mestrados em enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de enfermeiro especialista*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Guia orientador de boas práticas de promoção da literacia em saúde mental*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30916/gobp_literaciasaudemental_v3ok.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2024). *Guia orientador de boas práticas: Adaptação à parentalidade*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/34908/gobp_adaptacao_parentalidade_vf2n_ok.pdf

Paiva, T. (2022). O posicionamento terapêutico neonatal. *Epitaya E-books*, 1(1), 221-233.
<https://doi.org/10.47879/ed.ep.2022380p221>

Papalia, D., & Feldman, R. (2013). *Desenvolvimento humano* (12ª ed.). McGraw Hill.

Pena, L. A. M., Andrade, A. F. S. M., Teles, W. S., Da Silva, M. C., Torres, R. C., Da Silva, R. N., Barros, Â. M. M. S., Azevedo, M. V. C., Debbo, A., Santos, P. C. C., Calasans, T. a. S., & De Moraes,

- A. L. J. (2021). A importância da ludoterapia na assistência pediátrica. *Research, Society and Development*, 10(8), e31010817309. <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/17309>
- Perrone, S., Lembo, C., Moretti, S., Prezioso, G., Buonocore, G., Toscani, G., Marinelli, F., Nonnis-Marzano, F., & Esposito, S. (2021). Sudden infant death syndrome: Beyond Risk factors. *Life*, 11(3), 184. <https://doi.org/10.3390/life11030184>
- Petronilho, F. (2007). *Preparação do regresso a casa: Evolução da condição de saúde do doente dependente no autocuidado e dos conhecimentos e capacidades do membro da família prestador de cuidados, entre o momento da alta e um mês após no domicílio*. Formasau
- Phiri, P., Chan, C. & Wong, C. (2020). Nurses' and families' perceptions and practices and factors influencing the implementation of family-centred care for hospitalised children and their families. *Journal of Clinical Nursing*, 32(17-18), 6662-6676. <https://doi.org/10.1111/jocn.16740>
- Pinto, A., & Mota, L. (2023). Instrumentos de prática baseada na evidência para enfermeiros validados para Portugal: Protocolo de scoping review. *Revista Científica Internacional da Rede Académica das Ciências da Saúde da Lusofonia*, 3. <https://revsalus.com/index.php/RevSALUS/article/view/487/329>
- Priyadarshi, M., Balachander, B., & Sankar, M. J. (2022). Effect of sleep position in term healthy newborns on sudden infant death syndrome and other infant outcomes: A systematic review. *Journal of Global Health*, 12, 12001. <https://doi.org/10.7189/jogh.12.12001>
- Raiol, M., Savelon, S., & Moraes, M. (2022). Cuidados com o desenvolvimento infantil e o olhar especial de André Bullinger sobre a prematuridade. *Revista Paulista de Pediatria*, 40, e2020416. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2022/40/2020416>
- Ramos, A., & Barbieri-Figueiredo, M. (2020). *Enfermagem em saúde da criança e do jovem*. Lidel.
- Santos, K. F. M., Andrade, A. F. S. M. de, Torres, R. C., Teles, W. de S., Debbo, A., Silva, M. C. da, Azevedo, M. V. C., Barros, Â. M. M. S., Silva, M. H. S., Morais, A. L. de J., & Santos Junior, P. C. C. (2021). Nursing in the management of pain in newborns inborn in a neonatal intensive care unit. *Research, Society and Development*, 10(7), e7910716428, <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/16428>
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. Lidel.
- Silva, E., Pedrosa, D., Leça, A., & Daniel, S. (2016). Perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente pediátrico. *Revista de Enfermagem Referência*, 9, 87-95. <https://doi.org/10.12707/RIV16007>
- Silva, M. (2022). Desenvolvimento humano na teoria psicosssexual da infância em Sigmund Freud. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 8(4), 1491-1504.

<https://doi.org/10.51891/rease.v8i4.5151>

Silva, N. F. F. (2014). *Teoria da vinculação* [Master's thesis, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/73037>

Silva, S., Sampaio, C., & Marques, G. (2024). Intervenções do enfermeiro de saúde infantil e pediatria na promoção da parceria de cuidados à criança e família: Revisão integrativa. *Servir*, 2(08), e35181. <https://doi.org/10.48492/servir0208.35181>

Smith, G. D. (2021). Literacia em saúde: A perspetiva da enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(8), e21ED8. <https://ciberindex.com/c/ref/50801p>

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2016). *Problemas respiratórios do bebé prematuro*. <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/Os-problemas-respiratorios-do-prematuro1.pdf>

Sousa, P. (2012). *O exercício parental durante a hospitalização do filho: Intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados* [Doctoral dissertation, Instituto de Ciências da Saúde do Porto, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/13972>

Sousa, P., Paiva, A., Parente, P., Machado, N., & Brito, A. (2023). A saúde mental na transição parental e a utilização da internet mediada por enfermeiros. *Revista Rol de Enfermería*, 46(3), 16-21. <https://doi.org/10.55298/ROL2023.4624>

Sousa, P., Paiva, A., Pereira, F., Parente, P., & Sousa, P. (2023). O exercício parental durante a hospitalização do filho: Modelo de intencionalidade terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados. *Cadernos de saúde*, 15(1), 4-17. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2023.11580>

Souza, A. C. D. M. (2024). *Déficits de desenvolvimento motor em recém-nascidos prematuros: uma revisão de escopo* [Master's thesis, Universidade Federal do Rio Grande do Norte] Repositório Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/60788>

Souza, J. M. & Veríssimo, M. (2015). Child development: Analysis of a new concept. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 23(6), p. 1097-1104. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0462.2654>

Tavares, P. (2011). *Acolher brincando: A brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Lusociência.

Tomás, S., Silva, S., Marques, G., Fernandes, R. & Barcelos, O. (2023) Estratégias para a humanização dos cuidados à criança - intervenção do enfermeiro em saúde infantil e pediatria.

Jornal de Investigação Médica, 4(1),133-141. <https://doi.org/10.29073/jim.v4i1.741>

Toneli, L. S., da Silva, M. B., Pinto, A. A. M., Queiroz, F. C., & de Queiroz, L. M. P. (2024). Influência dos fatores biopsicossociais no desenvolvimento de bebês prematuros e a termo. *Research, Society and Development*, 13(3), e11113345370. <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/45370>

United Nations International Children's Emergency Fund. (2019). *Convenção sobre os direitos da criança e protocolos facultativos*. https://primeirosanos.com/recursos/convencao-sobre-os-direitos-da-crianca/#dearflip-df_6371/1/

Vasconcelos, J. H., Freitas, S. S., Furtado, E. C. S., Sampaio, T. L., Sousa, R. C. S., Aquino, G. L. B., Araújo, F. L. J., & Monteiro, B. B. S. (2022). Efeitos do posicionamento terapêutico na função respiratória em neonatos prematuros: Revisão. *Brazilian Journal of Development*, 8(4). <https://doi.org/10.34117/bjdv8n4-146>

Ventura-Silva, J. M. A., Martins, M. M. F. P. S., Trindade, L. L., Ribeiro, O. M. P. L. & Cardoso, M. F. P. T. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: Scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278-295. <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/5480/4490>